Lane Medical Library

# Die 1912 in der Heidelberger Universitäts-Augenklinik mit Tuberkulin behandelten Fälle.

—x—

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

**Max Reif**

aus Stuttgart.

HEIDELBERG.
Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

| Dekan: | Referent: |
| --- | --- |
| Geh. Hofrat Dr. W. Fleiner. | Geh. Hofrat Dr. Wagenmann. |

1913.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0054

Immer mehr hat in den letzten Jahren die Tuberkulose als Ursache mancher bisher ätiologisch unklarer Augenkrankheiten an Bedeutung gewonnen. Nachdem von Michel zuerst darauf hingewiesen hatte, hat eine Reihe Autoren (Axenfeld, Leber, Stock, Igersheimer u. a.) ihre Bedeutung besonders für Erkrankungen der Iris, der Chorioidea hervorgehoben. Auch bei einer Reihe anderer Affektionen (Keratitis parenchymatosa, Skleritis, Glaskörperblutungen, Sehnervenaffektionen) ist mit mehr oder weniger Recht eine tuberkulöse Aetiologie angenommen worden. Auf Grund dieser neuen Anschauung ist die Tuberkulintherapie in die Augenheilkunde eingeführt worden. Nachdem A. v. Hippel 1904 warm für den Nutzen des Tuberkulins eingetreteu war, konnten zahlreiche hervorragende Autoren ebenfalls von günstigen Erfahrungen berichten. Genannt seien nur Axenfeld, Schoeler, Davids, Leber, Herrenschwand, Augstein, Igersheimer, Stock u. a. Heute nimmt die spezifische Therapie einen breiten Raum in der Augenheilkunde ein.

Die Frage nach dem geeignetsten Präparat wurde sehr verschieden beantwortet. v. Hippel hatte zuerst das Neutuberkulin T. R. verwendet, Davids, Herrenschwand empfahlen Kochs Bazillenemulsion. Aber auch das Alttuberkulin fand überzeugte Anhänger (u. a. Leber, Schoeler, Augstein), die ihm den Vorzug vor anderen

Präparaten gaben. Und so ist man neuerdings vielfach zu diesem ersten Koch'schen Tuberkulinpräparat zurückgekehrt. In der Heidelberger Universitäts-Augenklinik findet jetzt ausschliesslich Alttuberkulin Verwendung. Es hat sich gezeigt, dass es dem Neutuberkulin T. R. und der Bazillenemulsion, die früher gegeben wurden, an Zuverlässigkeit zum mindesten gleichkommt, ja die Erfahrung scheint für eine Überlegenheit des Alttuberkulins zu sprechen.

Bei der Betrachtung der in einem Jahr behandelten Fälle ist hervorzuheben, dass es etwas Missliches ist, bei so chronisch verlaufenden Erkrankungen mit ihren häufigen Recidiven ein Jahr herauszugreifen. Man musste sich darauf beschränken, die momentane Wirkung der Tuberkulinkur zu registrieren, während erst jahrelange Beobachtung eines Falls ein endgültiges Urteil erlaubt. Einige Fälle sind am Schluss ausführlicher mitgeteilt.

Die Zahl der im Jahre 1912 in der Heidelberger Augenklinik mit Alttuberkulin behandelten Fälle beträgt 63. Davon entfallen 28 auf Männer, 35 auf Frauen. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich $4^1/_2$ Wochen, wobei für jeden Patienten die gesamte Zeit, in der er eine Tuberkulinkur durchmachte, als Ganzes gerechnet wurde, auch bei Unterbrechung der Kur.

In Betracht kommen

47 Fälle von Erkrankungen des Uvealtractus
7 „ „ Keratitis
4 „ „ Skleritis und Episkleritis
3 „ „ juvenilen Glaskörperblutungen
2 „ „ Sehnervenerkrankung.

Bei fast allen Fällen liess sich Lues als Aetiologie der Augenaffection durch negative Wassermann'sche Reaktion mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Bekräftigt wurde die Diagnose auf tuberkulöse Ursache des Leidens durch Familienanamnese, Daten aus der Krankengeschichte, genaue körperliche Untersuchung. In einer grossen Zahl der Fälle konnte allerdings kein sicherer

tuberkulöser Herd im Körper nachgewiesen werden. Es steht dies im Einklang mit der Erfahrung, dass schwere tuberkulöse Affectionen bei den in Betracht kommenden Augenkrankheiten selten sind. Nach einem Ausdruck Heines (Med. Klinik 1912, Heft 44 und 45) „scheint das Auge, im Speziellen die Uvea, gerade auf Tuberkulose das empfindlichste Barometer zu sein, das eine Aussaat von Bazillen, Bazillensplittern oder ihrer Toxine mit erstaunlicher Deutlichkeit erkennen lässt und sozusagen das Gesundheitsminimum zahlenmässig „ad oculos" demonstriert."

Massgebend für die Einleitung der Kur war ferner in erster Linie ein positiver Ausfall der subcutanen Tuberkulininjektion, $^1/_2$ mg Alttuberkulin bis höchstens 3 mg war die gebräuchliche Dosierung.

Bekanntlich lässt das sicherste Merkmal, die Herdreaktion, am Auge in der überwiegenden Zahl der Fälle im Stich. Bei unseren 63 Patienten wurde 7 mal Herdreaction beobachtet, 2 mal war die Beurteilung zweifelhaft. Dazu kommen noch 8 Fälle, die auf diagnostische Injektion keine Erscheinungen am Auge gezeigt hatten, die aber während der therapeutischen Einspritzungen locale Reaction am Auge darboten. Dabei ist aber hervorzuheben, dass hier die Beurteilung ausserordentlich schwierig sein kann, da die Intensität mancher Augenleiden oft von Tag zu Tag wechselt, besonders gilt dies von der Skleritis. Auf der anderen Seite, so hebt Heine in derselben Arbeit hervor, beweist das Ausbleiben der örtlichen Reaction nichts gegen die Tuberkuloseätiologie der vorliegenden Affection. Denn in klinisch einwandfreien Fällen sei sehr oft oder meist die örtliche Reaction zu vermissen und dies in Fällen, wo auch der ganze Verlauf für Tuberkulose, nichts für eine andere Aetiologie spreche. Auch in unsern Fällen konnten wir häufig dasselbe beobachten.

An Wert kommt der Herdreaction der Befund von kleinen hellgrauen Knötchen ziemlich gleich, am besten bei Unterstützung der Diagnose durch negative Wasser-

mann'sche und positive Tuberkulinreaction. Da es sich bei papulöser luetischer Iritis meist um secundär luetische Prozesse handelt, kommt gerade hier dem negativen Ausfall der Wassermann'schen Reaktion eine besondere Beweiskraft zu. In 11 Fällen unter 47 Erkrankungen der Uvea waren Knötchen deutlich sichtbar. Einmal fand sich ein knötchenförmiges Exsudat.

Besonderes Interesse bieten zwei Fälle, bei denen sich die Frage erhebt, ob Lues kombiniert mit Tuberkulose als Ursache anzusehen ist. Bei dem einen Fall H. L., einem 15jährigen Taglöhnerssohn (Diagnose: Keratitis parenchymatosa (Tabelle Keratitis Fall 1) war 1911 bei positivem Wassermann eine Salvarsanbehandlung ohne Erfolg versucht worden. Bei der jetzigen Aufnahme war Wassermann negativ. Eine Quecksilber-Jodkur brachte wieder keine Besserung. Schliesslich begann man auf Grund einer Allgemeinreaction auf Tuberkulin mit therapeutischen Alttuberkulininjektionen. Leider konnte wegen äusserer Umstände die Behandlung nicht längere Zeit durchgeführt werden. Jedenfalls konnte man irgend welchen Einfluss nicht konstatieren. Die vielmehr eintretende Verschlimmerung dürfte nicht in Beziehung zur Therapie stehen. Die Frage nach der Aetiologie kann nicht sicher beantwortet werden. Ob Lues allein oder doch vielleicht in Konkurrenz mit Tuberkulose? Ebenso bei dem folgenden Fall. A. B., 28jährige Kellnerin. (Tabelle Keratitis Fall 3). Früher Angina specifica und Roseolen. Jetzt bei negativem Wassermann positive Tuberkulinreaktion. Befund: Rechts abgelaufene Keratitis parenchymatosa, links ebenfalls alte Keratitis parenchymatosa, frische Iridokeratitis und Episkleritis. Wesentliche Besserung nach 11 therapeutischen Tuberkulininjectionen, wie auch vorher Salvarsan, Jod und Quecksilber einen günstigen Einfluss gehabt hatten. Man könnte versucht sein, ex juvantibus auf Tuberkulose zu schliessen, zumal da eine Wärmetherapie allein zu nichts geführt hatte. Eine später anscheinend wieder erfolgreiche Schwitzkur zeigt

aber, wie vorsichtig man in dieser Hinsicht sein muss; ein sicherer kausaler Zusammenhang zwischen Therapie und Besserung ist nicht zu erweisen bei dem ungemein schwankenden Verlauf der Affection.

Therapeutisch wurde mit sehr kleinen Dosen vorgegangen unter möglichster Vermeidung von Reactionen; höchstens ganz geringe Temperaturerhöhungen wurden unbeachtet gelassen. Beginn mit 0,001 mg, Steigerung je nach Verhalten des Patienten um 1—2 Teilstriche. Erreicht wurde durchschnittlich eine Höchstdosis von 0,06 mg, einmal gelangte man bis zu 1 mg. Meist begnügte man sich mit viel geringeren Dosen. Sehr zu bedauern ist, dass in vielen Fällen die Durchführung einer richtigen Kur an äusseren Umständen scheiterte. Vielfach mussten die Patienten wegen Platzmangels viel zu früh entlassen werden. Eine Anzahl Kranker verliess die Anstalt gegen Rat. Nur in wenigen Fällen war es möglich eine ambulante Behandlung anzuschliessen, am ehesten noch bei Privatpatienten. Natürlich beeinflusst dieser Umstand den Wert der statistischen Zusammenstellung ganz erheblich. So wenig Einigkeit unter den Autoren über Einzelheiten auf diesem schwierigen Gebiet herrscht, so besteht darüber kein Zweifel, dass nur eine lang durchgeführte Behandlung Aussicht auf Dauererfolg verspricht. Die nicht wenigen Fälle, bei denen der Entlassung das Recidiv auf dem Fusse folgte, geben in dieser Hinsicht sehr zu denken.

Die Zahl der durchschnittlich verabreichten Injectionen beträgt 12. Die Dauer der Behandlung war bei den gut beeinflussten Fällen im Durchschnitt dieselbe wie bei den gegen Tuberkulin refractären. Bei einzelnen Fällen erhält man den Eindruck, dass durch konsequente Durchführung der spezifischen Therapie sich auch in hartnäckigen Fällen noch etwas erreichen lässt. Dem stehen aber andere gegenüber, bei denen die Geduld des Patienten nur geringen oder keinen Lohn erhält.

| Fälle | Heilung | wesentliche Besserung | deutliche z. T. nur geringe Besserung | keine Besserung | Verschlechterung |
|---|---|---|---|---|---|
| 47 Uveitis | 2 | 17 | 15 | 11 | 2 |
| 7 Keratitis | — | 2 | 3 | — | 2 |
| 4 Skleritis | — | 2 | 2 | — | — |
| 3 Glaskörperblutungen | — | 1 | 1 | 1 | — |
| 2 Opticusaffectionen | — | — | — | 2 | — |
| 63 Fälle | 2<br>3 % | 22<br>35 % | 21<br>33½ % | 14<br>22 % | 4<br>6½ % |

Am meisten Interesse beanspruchen die geheilten bezw. wesentlich gebesserten Fälle, weniger in Betracht kommen die ebenfalls zahlreichen Beobachtungen, bei denen sich eine deutliche, aber oft so minimale Einwirkung erkennen lässt, dass man sie kaum als Resultat einer specifischen Beeinflussung ansehen kann. Allerdings setzt die verschiedene Schwere der Erkrankung einer wirksamen Behandlung bald früher, bald später ein Ziel. Dazu kommt, dass eine rationelle hyperämisierende Therapie in ihrer Wirksamkeit nicht unterschätzt werden darf — und man verzichtet ja bei einer Tuberkulinkur doch keineswegs auf warme Umschläge, Atropin usw. —, sodass die Beurteilung äusserst schwierig ist.

Unter den 24 geheilten bezw. wesentlich gebesserten Fällen ist nur bei 11 etwas über die vorausgegangene Behandluug bekannt, sodass man einen ungefähren Massstab für die Beurteilung hat. In 6 Fällen zeigt sich die Tuberkulinbehandlung der üblichen Therapie überlegen.

In 3 Fällen scheint sie dasselbe zu leisten.

In 2 Fällen ist bei vorausgegangenen Attacken der Krankheit spontan Besserung eingetreten.

Unter 6 Fällen, die eine geringe Besserung aufwiesen, konnte ein Einfluss auf den Process bei 3 Fällen auch bei nicht specifischer Therapie verzeichnet werden. Bei 3 Fällen kam erst durch Tuberkulin eine Wendung zum Besseren.

Zwei durch Tuberkulin nicht beeinflusste Fälle widerstanden auch anderen Behandlungsarten, nur 1 mal anscheinend günstige Beeinflussung einer Neuritis durch Hg, nachdem Tuberkulin versagt hatte.

Ein bei Tuberkulin schlechter gewordener Fall hatte sich früher unter Sublimatsalbe, gelber Salbe erheblich gebessert, jedoch war hier der Process zweifellos viel gutartiger aufgetreten, bei 2 andern Pat., die während der Kur sich verschlimmerten, war durch Hg auch nichts zu erreichen.

Unter 19 Fällen, bei denen über andere Behandlungsweise etwas bekannt ist, war also Tuberkulin 9 mal anscheinend der gewöhnlichen Behandlung überlegen.

Man darf demnach wohl sagen, dass in manchen Fällen eine Tuberkulinkur entschiedenen Nutzen bringt. Wenn auch ein strikter Beweis dafür nicht erbracht wurde, und schon die geringe Zahl der Fälle und die Art des vorliegenden Materials das unmöglich macht, kann man sich diesem Eindruck nicht entziehen.

Bei dieser immerhin etwas problematischen Würdigung verdient die Frage eine ganz besondere Beachtung: Kann das Tuberkulin schaden? Es kommen 4 Fälle in Betracht, bei denen während der Behandlung eine Verschlechterung auftrat.

Bei dem Fall H. M. (Tabelle Uveitis, Fall 2) trat im Anschluss an eine starke Herdreaction eine sehr auffällige Verschlimmerung ein. Auf eine diagnostische Injection von 0,5 mg am 16. Dezember zeigte sich am 18. Dezember neben einer Allgemeinreaction eine deutliche Herdreaction am Auge: Starke Injection, Schmerzen im Auge und in der Umgebung. Nach Abklingen dieser Erscheinung wurde am 22. Dezember mit einer thera-

peutischen Injection begonnen (0,001 mg), darauf am nächsten Tag stärkster Reizzustand, Lidödem, starke Hornhauttrübung. Druck normal (Schiötz 15—18 mm Hg). Nun trat aber am 3. Januar, nachdem die Tuberkulinkur inzwischen ganz sistiert worden war, ein ähnlicher Rückfall auf (diesmal Tension 25—30 mm Hg). Es handelte sich um eine schwere Iridocyclitis mit ringförmiger hinterer Synechie, bei der ein acuter glaukomatöser Anfall oder eine acute Verschlimmerung nichts Ungewöhnliches ist, wie ja auch der zweite Anfall zeigt. Trotzdem hat die Herdreaction das Aufflackern des Prozesses möglicherweise doch begünstigt. Dass starke Herdreactionen überhaupt nicht immer gleichgültig sind, zeigt auch folgender Fall (Tabelle Uveitis, Fall 40).

M. J., 51 jährige Waldhütersfrau. Rechts abgelaufene Iritis, links Iritis chronica und frische Iritis. Bei der Aufnahme (30. Oktober): r. zahlreiche hintere Synechien. Ophth. etwas verschleiert. Visus $^5/_{15}$ p., l. zahlreiche frische Präcipitate. Ophth. ebenfalls verschleiert. Flottierende Opacitäten. Visus $^5/_{15}$.

Vom 12. bis 27. November 7 Injectionen, zuletzt 0,015 mg, worauf leichte Temperatursteigerung, stärkere Injection, Vorderkammerwassertrübung ein Aussetzen der Kur veranlasste.

Visus l. am 9. Dezember, Finger 1 m.

Schmierkur und intensive Localbehandlung führten zu keinem Resultat.

Bei dem Fall J. St. (Keratitis profunda) (Tabelle Keratitis, Fall 2) ist nach Abschluss der Kur die Hornhauttrübung bedeutend dichter als bei der Aufnahme. Die Sehschärfe statt beiderseits $^5/_5$ nur $^5/_{25}$ und $^5/_{15}$. Dabei war die Hornhautinfiltration bereits wieder im Rückgange. Bemerkenswert ist, dass die schon bald nach Einleitung der Kur auftretende Hornhautaffection rapide Fortschritte während einer 8 tägigen Entlassung machte. Man wird so die Verschlimmerung kaum im Zusammenhang mit der Therapie bringen, ebensowenig wie der Weg-

fall einer geordneten Behandlung verantwortlich sein dürfte für das Fortschreiten während der Entlassungszeit. Eine spontane durch die Behandlung nicht zu beeinflussende Störung erscheint nach dem ganzen Wesen des Processes wahrscheinlicher.

Der 4. Fall H. L. (Keratitis parenchymatosa) (Tabelle Keratitis, Fall 1) wurde bereits oben angeführt, wobei die Frage, wieweit Lues und Tuberkulose ätiologisch in Betracht kommen, uns interessierte. Auch hier dichterer Pannus. Abgesehen von der unzulänglichen Behandlungsdauer gilt hier dasselbe wie vom vorigen Fall: ein Process, dessen Fortschreiten alle übrigen Verfahren, nicht bloss das Tuberkulin, nicht aufhalten können.

Bei den 2 ersten Fällen kann man demnach einen nachteiligen Einfluss der specifischen Therapie nicht sicher von der Hand weisen. Die Erfahrung, dass es sich hier um seltene Ausnahmen handelt, wird trotzdem äusserste Vorsicht und Vermeidung starker Reactionen zur Pflicht machen. Auf der anderen Seite scheint es, dass gerade die am besten beeinflussten Fälle procentuell in höherem Masse leichte Reactionen zeigten als die zweifelhaften oder nicht gebesserten. Wenigstens spricht die folgende Zusammenstellung einigermassen in diesem Sinn.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 24 | wesentliche Besserungen | ca. 50 % Reactionen | (leichte Temperatursteigerung, Stichreaction, Herdreaction). |
| 21 | geringe „ | ca. 43 % „ | |
| 14 | keine „ | ca. 36 % „ | |
| 4 | Verschlechterungen | ca. 75 % (!) „ | |

# Tabellarische Übersicht

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. N. N., Taglöhner. | 25 | 3 Wochen | Beiders. Iridocyclitis (0,5 mg Alttb. 37,9). | 28. XII. R. Zahlreiche, z. T. klumpige Präcipitate, hintere Synechie. Zahlreiche flottierende Opacitäten.<br>L. Nur einzelne Präcipitate, zahlr. Opac., verwaschenes Fundusbild, weniger als r. | $^5/_{20}$ p. bis $^5/_{15}$ p.<br>$^5/_{10}$ p. bis $^5/_{7,5}$ p. |
| 2. H. M., Fabrikarbeiter. | 33 | 2 Wochen | R. Iritis. Erste Frau an Lungenleiden gestorben (0,5 mg 37,6, Herdreaction). | 13. XII. R. Ausgesprochene ciliare Injection, im Hornhautzentrum mehrere fleckförmige Trübungen. Ringförmige hintere Synechie. Pupille eng, auf Atropin nicht weit. Kein rotes Licht. | R. Finger 1 m Lichtschein, Projection gut. |
| 3. J. L., Fabrikarbeiter. | 28 | 4 Wochen | R. Chorioretinitis mit spontanem Hypopyon (1,0 mg leichte Reaction, 37,2). | 20. XII. R. 1. injiziert. Minimales Hypopyon. Ophth. r. stark verwaschenes Fundusbild. Peripapilläre Netzhauttrübung. 2 chorioiditische Herdchen. | R. Finger $^1/_2$ m.<br>L. $^5/_5$. |
| | | 2 Wochen | Conjunctivalphlyktaene während der Behandlung! | 6. VII. Seit 2 Tagen wieder Verschlechterung. L. Fundus nasal von Pap. verschleiert, 2 unscharf begrenzte grauweisse Herde. | L. $^5/_{15}$ p. Kleines relat. Skotom für Weiss u. Farben, $^5/_{15}$ p. |
| 4. H. Tr., Dienstknecht. | 29 | 5 Wochen | Bds. Iridocyclitis. Vor 1 J. Rippenfellentzündung (0,5 mg 38,2, Stichreaction). | 16. I. R. Einige feine Präcipitate, breite hintere Synechie. Zahlreiche grobe flottierende Opacitäten. Diffuse Glaskörpertrübung.<br>L. 3—4 feinste Präcipitate, weniger flott. Opacitäten. Papille verschwommen. | R. $^5/_{50}$.<br>L. $^5/_{25}$. |
| 5. L. Fl., Handelsmann. | 19 | 4 Wochen | L. Chorioretinitis (1,0 mg 37,4). | 22. I. L. Neuritis optica. Ausgedehnte peripapilläre Netzhauttrübung, besonders über der Maculagegend. | L. $^5/_{15}$. Relatives zentrales Skotom. |

## über die Fälle Uveitis.

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 3. I.—24. I. 5 Einspritzungen, letzte Dosis 0,003 mg. Ausgesetzt wegen Angina. | 26. I. Augen blass, bds. noch Beschläge, l. weniger wie r. Auch noch Auflagerungen auf der Linsenkapsel. Bds. noch flott. Opacitäten. Fundusbild klarer. | R. $^5/_{10}$ p.<br>L. $^5/_5$. | | Geringe Besserung. |
| 22. XII. 0,001 mg. 23. XII. starke Herdreaction, aber später ähnliche Verschlimmerung ohne Tuberkulin. 28. I.—11. II. 8 (0,008) keine Reaction. | 18. II. R. Dauernd noch leicht ciliar injiciert, Beschläge wie früher. Ringförmige hintere Synechie, Pupillarexsudat. | R. Keine Handbewegungen. Niedere Lampe, Projection richtig. | | Verschlechterung. |
| 1. I.—29. I. 9 (0,002). | 3. II. R. Vollkommen blass. Augenhintergrund wesentlich klarer. Papille gut zu sehen. Netzhauttrübung bedeutend zurückgegangen. Aderhautherde kleiner. | R. $^5/_{25}$ p.<br>L. $^5/_5$. | | Wesentliche Besserung. |
| 10. VII. — 22. VII. 6 (0,005) keine Reaction. | 22. VII. L. Fundus um Papille klarer, Herde nicht mehr zu sehen.<br>9. X. L. keine Herde mehr. | L. $^5/_{7,5}$ p.<br>L. $^5/_5$. | | Besserung. |
| 23. I.—26. II. 16 (0,09). Darauf Allgemeinreaction 38,4, keine Herdreaction. | 2. III. R. Noch viel flott. Opacitäten. Ophth. verschwommen. | R. $^5/_{15}$ p. | R. 5, L. 3 Kochsalzinjectionen. | |
| | L. Nur feine Glaskörpertrübung. Fundus ziemlich deutlich. | L. $^5/_{10}$ p. | | Wesentliche Besserung. |
| | 12. III. Wieder dichte Glaskörpertrübung. Nur oben rotes Licht. | R. Handbewegungen 1 m. | | 10 Tage nach Entlassung schweres Recidiv. |
| 29. I.—26. III. 28 (1 mg), keine Reaction. | 26. III. Noch mehrere Glaskörpertrübungen. Papillengrenzen temporal und unten stärker verwaschen. Netzhauttrübung um Papille bis zur Macula. | L. $^5/_{20}$. Relatives zentrales Skotom. | 27 5 %ige Kochsalzinjectionen. | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. C. B., Bohrer. | 37 | $2^1/_2$ Woch. | R. Iritis, bds. periphere Chorioiditis. Rippenfellentzündg., Lungenkatarrh (1,0 mg 38,5, Mattigkeit). | 23. II. R. Spur Injection, grosse Zahl feinster Beschläge. L. Blass, reizlos. Bds. peripher chorioiditische Herde. | R. $^5/_{15}$ p. L. $^5/_5$ p. |
| 7. W. D., Fabrikarbeiter. | 42 | 3 Wochen | L. Chorioiditis recens. Opac. corp. vitr. (0,5 mg 37,3, stärkere Trübg. d. Papillenumgebung. Herdreaction?) | 20. III. L. Vereinzelte fädige Opac. Umgebung der Papille graulich getrübt. Gefässe hyperämisch. Partie am oberen Rand der Papille deutlich prominent. | L. $^5/_{50}$. Gesichtsfeld besonders temporal eingeengt, absolutes Farbenskotom. |
| 8. A. K., Schreiner. | 32 | 2 Wochen | R. Ausgänge v. Iridocyclitis. L. Ausgänge von perfor. Verletzung, frische Iridocyclitis (1,0 mg A. R. 38,9). Apex sin. suspect. | 29. II. R. Blass, zartes Pupillarexsudat. Ophth. verschwommenes Bild. L. Blass, einzelne feinste Beschläge (frisch). Ophth. feine flott. Opacitäten, Papillengrenzen verwaschen. | R. $^5/_{10}$ p. L. $^5/_5$ 1 Z. |
| | | 3 Wochen | Recidiv. | 4. VII. L. Seit einigen Tagen Flimmern. L. Blass, viele ganz feine Beschläge, mehrere Glaskörpertrübungen. Grauliche peripapilläre Trübung. | L. $^5/_{20}$ p. |
| | | 5 Wochen | Recidiv. | 12. VIII. L. Blass, einzelne alte Präcipitate, noch viele Glaskörpertrübgen. Ophth. Pap. stark gerötet. Peripapilläres Oedem, Venen stark erweitert, Arterien eng. | L. $^5/_{20}$ p. Bds. relatives zentrales Skotom f. Weiss und Farben. |
| 9. P. G., Kaufmannslehrling. | 16 | 3 Wochen | L. Iritis. Schon als Kind Augenentzündung (0,5 mg stärkere Inject., 37,2, 1,0 mg 37,3, Stichreaction, Herdreaction, stärkere Ciliarinjection, diffuse Glaskörpertrübung). | 9. III. L. Starke Injection. Iris entrundet, queroval. Hintere Synechie. 10. IX. Recidiv. L. heftige Ciliarinjection. Vorderkammerwasser trüb, Hypopyon. Reste von Pupillarmembran. Diffuse Glaskörpertrübung. | L. $^5/_{15}$. Nach der diagnost. Inject. von 1,0 mg L. $^5/_{50}$! L. $^5/_{15}$. |
| 10. J. Sch., Bleilöter. | 20 | 3 Wochen | Beiders. Chorioiditis disseminata (0,5 mg leichte React., 1,0 mg 38,5, Stichreaction). | 9. III. Subjectiv Abnahme d. Sehvermögens, kein Flimmern. R. zahlreiche chorioid. Herde, fast alle scharf begrenzt. Frische Herde in der Maculagegend u. beim Blick nach aussen oben. Papille blassrot. L. Chorioidit. Herde, mehr frische wie r., Papille blassrot. | R. $^5/_{15}$. Zentrales Skotom, relativ f. Weiss, absolut f. Farben. L. $^5/_{7,5}$. Paracentr. Skotom. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 6. III.—27. III. 10 (0,012), keine Reaction. | 25. III. R. Blass, keine Präcipitate. | R. $^5/_5$.<br>L. $^5/_5$. | | Heilung. |
| 29. III.—21. IV. 12 (0,04), keine Reaction. | 23. IV. L. Noch viel flottierende Opacitäten. Oben an der Papille noch deutliche Prominenz und Trübung der Retina, auch nasal und nasal unten peripapillärer Bezirk getrübt. | L. $^5/_{25}$ p. Zentrales Skotom unverändert. | 8 Kochsalzinjectionen. | Geringe Besserung. |
| 2. III.—14. III. 6 (0,007). | 14. III. Bds. vollkommen blass, l. noch feinste Beschläge und Glaskörpertrübungen. | R. $^5/_{10}$—$^5/_7$ p.<br>L. $^5/_5$. | Schon früher Alttuberkulin ohne wesentlich. Erfolg.<br>Aspirin. | Geringe Besserung. |
| 5. VII.—26. VII. 11 (0,02). | 30. VII. L. Flimmern geringer, noch ganz feine Beschläge, Umgebung der Papille klarer, gelber Fleck eben sichtbar. | L. $^5/_{15}$. | | Geringe Besserung, gleich Recidiv. |
| 14. VIII.—22. IX. 8 (0,4). Auf 0,5 mg Reaction (37,6), später noch leichte Reactionen. | 20. IX. L. Venen noch erweitert. Papille ganz scharf, aber peripapilläre Trübung noch vorhanden. | $^5/_{15}$—$^5/_{10}$ 1 B. | Aspirin. | Geringe Besserung. |
| 23. III.—11. IV. 10 (0,01). | 13. IV. L. Blass, feine Reste von Synechien. Ophth. deutlich normales Bild. | L. $^5/_{15}$.<br>Nach 14 Tagen<br>L. $^5/_5$. | | Heilung. |
| 14. IX.—26. IX. (0,008). Keine Reaction. | 2. X. L. Spur injiciert. kein Hypopyon mehr. Ophth. deutliches Bild der Papille. | L. $^5/_{15}$.<br>Nach 3 Wochen<br>L. $^5/_5$ p. | | Geringe Besserung. |
| 27. III.—15. IV. 0 (0,02). Keine Reaction. | 17. IV. R. Maculagegend deutlicher gezeichnet, graue und gelbe Herde. L. Keine deutlich frischen Herde mehr. | R. $^5/_{15}$. Zentrales Skotom unverändert.<br>L. $^5/_5$ p. Skotome unverändert. | Früher Behandlung mit Jodkali. Kein Erfolg.<br>12 Kochsalzinjectionen. | Geringe Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Ph. St., Maurer. | 32 | 3 Wochen | R. Iridocyclit. L. Anophthalmus (Eisensplitterverletzung.) (0,5 mg 38,2, Herdreaction, starke Inject. Beschläge bedeutend vermehrt. Geringe Stichreaction). | 12. IV. R. sehr starke Injection, massenhaft feine u. grössere Präcipitate, Iris verdickt, viele Gefässe. Ganz verschwommenes Bild der Papille. Ciliarkörper sehr druckempfindlich. | R. $^5/_{35}$. |
| 12. M. Kr., Taglöhner. | 16 | 3 Wochen | Bds. Iridochorioiditis (1,0 mg 37,8). | 18. IV. R. Mässige ciliare Injection. Flott. Glaskörpertrübungen. Ophth. Ueber den ganzen Augenhintergrund zerstreute z. T. unscharf begrenzte kl. Herdchen. Papille blass, unscharf begrenzt. L. Mässige ciliare Injection. Flott. Opacitäten. Papille vollständig verwaschen, viele Herdchen, Fundus unschärfer wie rechts. | R. $^5/_5$ bis $^5/_4$. Relatives Skotom. L. $^5/_{7,5}$. Rel. zentr. Skotom. |
| 13. B. M., Landwirt. | 66 | $1^1/_2$ Woch. | Iridocyclitis (0,5 mg 37,4). | 22. IV. L. Starke Ciliarinjection und Lichtscheu, diffuse Trübung d. hinteren Hornhautschichten und des Vorderkammerwassers, zahlreiche hint. Synechien. Exsudat auf der vorderen Linsenkapsel, kein rotes Licht. | L. Finger 1 m. |
| 14. A. L., Taglöhner. | 25 | 3 Wochen | Beiders. Iridocyclitis (0,5 mg 40,0, Stichreaction). | 6. V. R. Leichte Ciliarinjection. 4 feinste Präcipitate, ganz feine flott. Opac. L. mässige Ciliarinjection, feine diffuse Auflagerung auf die hintere Hornhautfläche. Grosse zackige hintere Synechie. Im Kammerwinkel knötchenförmiges graurötliches Exsudat, sonst keine Beschläge. Feine fädige flott. Opac. | R. $^5/_4$ p. L. $^5/_{25}$ p. |
| 15. K. G., Handlungsgehilfe. | 19 | $1^1/_2$ Woch. | Beiders. Chorioiditis centralis et disseminata. Myopie (0,75 mg Localreact., Mattigkeit, 37,6). Affectio apicis sinistri. | 19. IV. Subjektiv l. Flimmern. Beiders. Spur Ciliarinjection. Ophth. R. in der Maculagegend eine Reihe kleiner chorioidit. Herde, ebenso peripher vereinzelte Herde. Kleiner runder braunroter Fleck in der Macula. L. In der Macula sichelförmiger braunroter Fleck. | R. $^5/_5$ p. L. $^5/_{7,5}$. Relatives Skotom. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 23. IV.—12. V. 10 (0,04). Keine Reaction. | 13. V. Auge zeitweise noch Spur injiciert, noch einzelne ganz feine Präcipitate.<br>7. VI. R. Blass, einzelne feine Beschläge. | R. $^5/_{10}$.<br>R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$ 1 B. | 1905 auf Natrium salicylicum und Schwitzkur prompter Rückgang einer Iritis serosa mit vielen Präcipitaten und Glaskörpertrübg. | Wesentliche Besserung. |
| 1. V.—21. V. 11 (0,02). Kleine Fiebersteigerungen. | 23. V. Herde etwas schärfer abgegrenzt, sonst unverändert. | R. $^5/_5$—$^5/_4$ p.<br>L. $^5/_{7,5}$. | | Keine Besserung. |
| 28. IV.—8. V. (0,005). Keine Reaction. | 8. V. L. Nur noch Spur Injection. Glaskörpertrübung beträchtlich abgenommen. Ophth. Papille ganz verschwommen sichtbar. | L. $^5/_{25}$ p. | | Wesentliche Besserung. |
| 24. V.—11. VI. (0,015). Keine Reaction. | 14. VI. R. Auge noch leicht injiciert, noch viele feine Präcipitate, noch feine flott. Opac.<br>L. Blass, einzelne feine Präcipitate, noch feine flott. Opac. Entlassen gegen Rat. | R. $^5/_4$ p.<br>L. $^5/_{15}$—$^5/_{10}$ p. | | Geringe Besserung. |
| 2. VII.—11. VII. 5 (0,005). | 12. VII. Kein Flimmern mehr. R. Macula deutlich sichtbar, normal, Herde scharf begrenzt.<br>L. Macula auch sichtbar, daneben älterer, weisslicher Herd. | R. $^5/_5$.<br>L. $^5/_{7,5}$. | Bisher mit Kochsalzeinspritzungen und Jod ohne Erfolg behandelt.<br>R. 10, L. 9 Kochsalzeinspritzungen ($2^1/_2$ %). | Geringe Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. O. E., Schuhmacherslehrling. | 14 | 7 Wochen | R. Iritis adhäsiva. L. Iritis mit Knötchenbildung (keine Reaction, am 4. VI. auf 4 mg, dagegen sehr heftige Herdreaction, am 12. VII. auf 0,001 mg) (s. ausführl. Krankengeschichte). | 10. V. R. Spur injiciert, feine diffuse Auflagerung auf die Hornhauthinterfläche, 2 zackige hint. Synechien.<br>L. Hochgradige Ciliarinjection, diffuse Auflagerungen und feine Präcipitate auf Descemet. Iris sehr hyperämisch, im Kammerwinkel 3, ausserdem mehrere kleinere graue Knötchen auf d. Iris. | R. $^{5}/_{15}$ p.<br>L. Finger 3 m. |
| 17. Ch. Z., Bürodiener. | 30 | $1^{1}/_{2}$ Woch. | Beiders. Iridocyclitis (0,5 mg 37,6). | 3. VI. 11. Bds. leichte Ciliarinjection. R. mehrere Beschläge, zahlreiche hint. Synechien. Im Kammerwinkel graurötl. Knötchen.<br>L. Zahlreiche Präcip. Aeusserst zahlreiche hint. Synechien. 2 Knötchen i. Kammerwinkel. | R. Finger 1 m.<br>L. $^{5}/_{20}$—$^{5}/_{15}$ p. |
| | | 6 Wochen | Recidiv. | 1. XI. 11. Vor 14 Tagen Schmerzen und Rötung r.<br>R. Zahlreiche Präcipitate, Exsudat im Kammerwinkel anscheinend grösser. Ausserdem 2 Knötchen. Ophth. nur rotes Licht.<br>L. Viel feine Präcipitate, Knötchen i. Kammerwinkel unverändert. Ausserdem noch 1 Knötchen und mehrere kleinste. Ophth. verschwommenes Bild.<br>22. VI. 12. Recidiv. Hornhautinfiltrat. Nach 3 Tuberkulininject. Augen blass. | R. Finger 2 m.<br>L. $^{5}/_{10}$. |
| 18. K. M., Taglöhner. | 21 | 2 Wochen | R. Iridocyclit. (0,5 mg 37,3, Mattigkeit, Stichreaction). | 1. VII. R. Hochgradige Lichtscheu und Ciliarinject. Diff. Auflagerungen auf die Descemet, zahlr. hint. Synechien. Nur geringe Erweiterung d. Pupille. Kein rotes Licht.<br>L. Blass, viele Pigmentreste auf Linsenkapsel. Pupille rund, gut reagierend. | R. Finger 1 m.<br>L. $^{5}/_{5}$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 8. VII.—25. IX. 22 (0,02). Oefters starke Reactionen. S. ausführl. Krankengeschichte. Körpergewicht am 6. VIII. 83 Pfd. 25. IX. 86 Pfd. | 2. X. R. Blass, noch kleine Synechie unten. L. Spur injiciert, Knötchen etwas kleiner, schärfer abgesetzt. | R. $^5/_{15}$.<br>L. $^5/_{50}$. | Qecksilberinjunction. | Geringe Besserung. |
| 16. VI.—25. VI. 4 (0,003), mehrtäg. Temp.-Steigerungen. | 25. VI. Knötchen unverändert. | R. Finger $4^1/_2$—5 m.<br>L. $^5/_{10}$—$^5/_7$ p. | 1911 wegen Sekundärglaukom bds. Iridektomie, Tension dann normal.<br>Vorher ohne Erfolg mit Tropfen behandelt. | Geringe Besserung. |
| 3. XI.—15. XII. 13 (0,01). Am Schluss leichte Temp.-Steigerungen auf 0,01 mg. | 15. XII. Bds. blass. R. unten noch vereinz. Präcipitate, oben streifige Hornhauttrübung, die frischen Knoten verschwunden. Exsudat scharf abgegrenzt, noch grobe flott. Opac. Papille deutlich sichtbar. | R. $^5/_{15}$! | | Wesentliche Besserung. |
| 15. XI. Nach 6 Injectionen 39,9, starker Kopfschmerz, stärkere Injection (Herdreaction). | L. Blass, an Stelle der Knötchen am Pupillarrand etwas Verdickung, die alten Exsudate im Kammerwinkel unverändert. | L. $^5/_{10}$ p. | | |
| 10. VII.—24. VII. 7 (0,005).<br>18. VII. 0,005 mg.<br>20. VII. R. wieder starke Inject., frische Präcip., kein Fieber (Herdreaction), dann ? Inject. ohne React. | 26. VII. R. Blass, viele zackige hint. Synechien, Ophth. Papille eben kenntlich. | R. $^5/_{50}$.<br>L. $^5/_5$. | Vor 1 Jahr 4 Wochen lang Behandlung mit warmen Umschlägen: Besserung. | Wesentliche Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Ch. J., Koch. | 26 | 6 Wochen | R. Chorioidit. L. Strabismus convergens (0,5 mg Allgemeinreaction). | 10. IX. Flimmern. R. Ophth. Papille gelblichgrau, vollkommen verwaschen, in der Nähe mehrere chorioidit. Herde. | R. $^{5}/_{7,5}$. L. Finger $2^{1}/_{2}$ m (Schielamblyopie) |
| 20. A. L., Fabrikarbeiter. | 17 | 2 Wochen | L. Chorioretinitis centralis (1,0 mg 38,9, Stichreaction). | 17. X. L. Ophth. Papillenrand unscharf, in der Maculagegend scheibenförmiger, chorioiditischer Herd, ringsum Netzhautödem. | L. $^{5}/_{50}$ excentrisch central. abs. Skot. |
| 21. Fr. E., Buchdrucker. | 49 | 5 Wochen | Beiders. Iridocyclitis (0,5 mg 37,4, Stichreaction). | 2. XII. R. Blass, viele feine Präcip. Zahlr. hintere Synechien, nur geringe Erweiterung auf Atropin. Feine flott. Opac.<br>L. Spur Injection, weniger Beschläge als r. Viele hint. Synechien. Unvollkommene Erweiterung. Einzelne Opac. Ophth. verschleiertes Bild. | R. $^{5}/_{7,5}$.<br>L. $^{5}/_{25}$. |
| 22. G. R., Lehrer. | 29 | 4 Wochen | Iritis acuta (Linke Niere wegen Tb. exstirpiert). | 4. IX. R. Blass, Pigmentreste auf der Linsenkapsel. L. Starke ciliare Injection, Hornhauthinterwand i. unteren Teil getrübt. Pupille enger als r. Während der Behandlung Knötchen am Pupillarrand aufgetreten. | R. $^{5}/_{5}$—$^{5}/_{4}$. L. $^{5}/_{25}$. |
| 23. S. L., Bäckermeistersfrau. | 49 | 3 Wochen | Bds. Iritis fibrinosa (1,0 mg 38,4, Allgemeinreact., leichte Ciliarinject. = Herdreaction. Vater an „Knochenfrass“ gestorben. 4 Fehlgeburten). | 15. XII. 11. Bds. starke Injection, Kammerwasser trüb, Iriszeichnung verwaschen. L. Hintere Synechien. Ophth leicht verschleiert.<br>1. II. Wiederaufnahme. R. Vollst. blass. Einige Beschläge.<br>L. Trübung der hint. Hornhautschichten, beginnender tiefer Pannus, leichte ciliare Inject. Trübes rotes Licht. | R. $^{5}/_{7,5}$. L. $^{5}/_{7,5}$.<br>R. $^{5}/_{5}$ p. L. $^{5}/_{10}$ p. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 18. IX.—27. X. 19 (0,12). | Kein Flimmern mehr. Herde scharf begrenzt. | R. $^5/_4$ p. | | Besserung. |
| 29. X.—13. XI. 7 0,004), 2 mal leichte React. | 17. XI. Kein Oedem mehr. 21. XII. Herde wieder unscharf! | L. $^5/_{50}$ excentrisch, abs. centrales Skotom. L. Finger 2 m. | 10 Kochsalzinject. | Geringe Besserung. |
| 9. XII.—13. I. 15 (0,09). | 14. I. Augen blass, noch feine Präcip. weniger als früher, Synechien unverändert, noch feine Opac. | R. $^5/_5$. L. $^5/_{20}$. | | Deutliche Besserung. |
| 24. VIII.—3. IX. 4 (0,004), ambulant. 18. IX.—15. X. 12 (0,01), geringe Temper.-Steigerung, einmal leichte Störung des Allgemeinbefindens. Körper-Gew. 10. IX. 136 Pfd., 16. X. 138 Pfd. | 18. X. L. Auge langsam mit Schwankungen allmählich besser geworden. Noch massenhaft Beschläge und Auflagerungen, keine Einzelheiten des Augenhintergrundes. 16. XII. L. Blass, Beschläge verschwunden bis auf wenige. Oberhalb der Mitte einige tiefe Hornhautfleckchen. | R. $^5/_5$. L.? | Schwitzbäder, Aspirin, Karlsbader Salz, Atropinsalbe. | Deutliche Besserung. |
| 3. I.—15. I. 6 (0,006), keine Reaction. | 17. I. R. Vollständig blass. L. Spur Injection bds. feinste Präcip. Leichte Kammerwassertrübung. Ophth. bds. verschleiert. Papille noch gerötet, Gefässe erweitert. | R. $^5/_5$. L. $^5/_5$. | 16 Einreibungen von Ung. cin. (5 g pro Die). Aspirin. | Keine Besserung. |
| 2. II.—13. II. 12 Einreibungen von Unguentum cinereum (5 g pro Die). | 13. II. Beide Augen völlig blass. L. Hornhauttrübung ganz verschwunden, nur noch einige Präcipitate. Ophth. L. verwaschenes Bild. 2. III. L. Wieder zahlreiche Präcipit. R. Pupille leicht entrundet, kleine Knötchen. | R. $^5/_5$. L. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$. | | Deutliche Besserung |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 24. K. St., Fabrikarbeitersfrau. | 24 | 3 Wochen | Bds. Iridocyclitis. | 5. II. R. Mässige Ciliarinjection, massenhaft feine Präcipitate, feine diffuse Auflagerung. Irishyperämie, ringförmige hint. Synechie, dichte Exsudatschicht in der Pupille. Kein rotes Licht. Tension 30 mm Hg. | R. Handbewegungen $^1/_2$ m. |
| | | | | L. Leichte Ciliarinjection. Massenhaft feine Präcipit. Auch diff. Auflagerung, aber weniger als r. Ringförmige hint. Synechie. Exsudat in der Pupille. Ophth. etwas rotes Licht. Tens. 25 mm Hg. | L. Finger $2^1/_2$ m. |
| 25. B. M., Cigarrenarbeiterin. | 42 | 11 Woch. | R. Iritis. L. Ausgänge von Iritis. Cataracta complicata. 2 Schwestern an Phthise gestorben. | 12. I. R. Blass, Hornhaut leicht getrübt, zahlr. Präcip. und Synechien. Ophth. verschleiert. Knötchen i. Kammerwinkel. | R. $^5/_{20}$. |
| | | | | L. Vollständ. reizfrei, seichte vordere Kammer, nach unten mit Exsudatmasse ausgefüllt. Cataract, kein rotes Licht. | L. Handbewegungen dicht vor dem Auge. Kleinste Lampe. Projection sicher. |
| | | | | 17. X. Wiederaufnahme. | R. $^5/_{25}$. |
| | | 7 Wochen | (S. ausführliche Krankengesch). | R. Auf Descemet zahlreiche Präcipitate. 3 Knötchen im Kammerwinkel. | L. Handbewegungen. Kleinste Lampe. Project. unsicher. |
| 26. M. B., Landwirtstochter. | 23 | 2 Wochen | Bds. Cyclitis. Atrophia nervi optici (Verdacht auf multiple Sklerose) (0,5 mg 38,8, Stichreaction). | 12. III. R. In der Hornhautmitte ein grosses Präcip. Feinste Präcip. Ophth. Papille blass, bes. temporal. Gefässe normal. | R. $^5/_5$. |
| | | | | L. 3 grosse Präcip. im Pupillarbezirk. Papille fast weiss, Nystagmus. | L. $^5/_5$. |
| | | 3 Wochen | | 30. VII. Wiederaufnahme. R. Central grosses grauweisses Präcip. | R. $^5/_5$. |
| | | | | L. 2 grauweisse Präcip. in der Hornhautmitte. Bds. völlig blass, Papillen wie früher. | L. $^5/_5$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 8. II.—28. II. 10 (0,008), leichte Temperaturen. Ausgesetzt am 28. II. 29. II. L. Wieder leichte Inject. Cornea trüber. Vom 18. III. bis 26. III. noch 4 Injection. (0,009), ebenfalls geringe Temperaturen. | 21. II. (7 therapeutische Injectionen). Bds. blass. R. Cornea klarer, aber noch sehr viel Präcipit. und Trübungen an der Hinterfläche. Iris nur noch wenig hyperämisch. Tension 20 mm Hg. L. Präcipit. etwas verringert. Iris nicht hyperämisch. Tens. 20 mm Hg. 29. II. (s. daneben). L. wieder Inject. Befund am 18. III. (Therapie warme Umschläge). L. Reizfrei, Cornea klar, Präcip. bds. unverändert. Die Inject. und Trübung war erst am 13. III. abgeklungen. | R. Handbewegungen $^3/_4$ m.<br>L. $^5/_{20}$.<br>R. Handbewegungen $^3/_4$ m.<br>L. $^5/_{15}$ p. | Vorher nicht specifisch ohne Erfolg behandelt. | Wesentliche Besserung. Nach Herdreaction Verschlimmerng., Rückgang in ca. 14 Tagen bei indifferenter Therapie. |
| 13. I.—31. III. 38 (0,8). Keine Temp.-Steigerungen. Körpergew. 20. I. 129 Pfd., 2. IV. 134 Pfd. | 3. IV. R. Reizfrei. Zahlreiche Präcip. von verschiedener Grösse, darunter 1 grosses. Knötchen unverändert. | R. $^5/_{15}$.<br>L. Kleinste Lampe, Projection gut. | Mehrmals erfolgreich m. Alttuberkulin behandelt. | Geringe Besserung. |
| 18. X.—7. XII. 25 (0,6), reactionslos. Körpergewicht 29. X. 129 Pfd., 9. XII. 132 Pfd. | 10. XII. Noch 3 grosse Präcip. und eine Anzahl kleinere. Knötchen im Kammerwinkel kleiner geworden. Ophth. viel klarer.<br>15. II. 13. Noch einzelne Präcip. Ophth. viel heller. | R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$.<br>R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$. | | Wesentliche Besserung. |
| 18. III.—1. IV. 8 (0,008), leichte Temperatursteigerung. Körpergew. 14. III. 109 Pfd., 3. IV. 110 Pfd. | 2. IV. R. grosses Präcip., mehrere feinste. L. 2 kleine Präcip. in der Mitte der Hornhaut. | R. $^5/_5$.<br>L. $^5/_5$. | | Keine Besserung. |
| 30. VII.—20. VIII. 11 (0,02), leichte Temperatursteigerung. | 21. VIII. Beschläge bräunlich geworden, scharf abgesetzt, sonst klar.<br>5. II. 13. Bds. centrale Präcip. Augen blass. | R. $^5/_5$—$^5/_4$.<br>L. $^5/_5$—$^5/_4$. | | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 27. E. F., Fabrikarbeiterin. | 27 | 3 Wochen | L. Iridocyclitis. Schon 1905 l. Iritis (0,5 mg 37,3, Stichreaction, Allgemeinreaction). | 12. IV. R. Vollst. reizlos. L. Oberlid etwas ödematös, starke Ciliarinjection. Kammerwasser leicht getrübt. Iris verfärbt, verwaschen. Graues Exsudat am Boden d. vorderen Kammer. Graue Knötchen. Pupille reactionslos. Trübes rotes Licht. Kleine flott. Opac. Tension 28—30 mm Hg. | R. $^5/_5$—$^5/_4$. L. Handbewegung dicht vor d. Auge, niederste Lampe. Projection sicher. |
| 28. Fr. St., Dienstmädchen. | 19 | $2^1/_2$ Woch. | R. Chorioiditis centralis (1,0 mg 37,4, Allgemeinreaction, Mattigkeit). | 16. IV. R. Ophth. diff. Verschleierung d. Fundus. Papille gerötet, Grenzen leicht verwaschen. In der Maculagegend chorioiditischer Herd mit verwaschenen Rändern. L. Papille auch etwas rot, Gefässe etwas stark gefüllt. | R. $^5/_5$. L. $^5/_5$. |
| 29. L. H., Köchin. | 27 | $2^1/_2$ Woch. | L. Iritis. L. ältere Spitzenaffection. Auf Tuberkulin Allgemeinreaction. | 18. IV. L. Mässige Ciliarinjection. Zahlreiche graue Präcip. Breite hint. Synechie. Iriszeichnung leicht verwaschen. Flott. Opac. Fundus stark verschleiert. Papille gerötet. | L. $^5/_{20}$. |
| 30. M. W., Dienstmädchen | 19 | $5^1/_2$ Woch. | Bds. Iritis (0,5 mg Allgemeinreaction, 37,5, Stichreaction, geringe Ciliarinject. = Herdreaction). | 18. V. R. Spur ciliare Injection. Zahlr. staubförmige Präcipitate. 3 kleine graue Knötchen. Ophth. leicht verschleiert, Papille gerötet, Venen etwas ausgedehnt. L. Blass. Zahlr. hint. Synechien, zahlr. flott. Opac. mehr als r. Papille weniger rot. Gefässe kaum ausgedehnt. | R. $^5/_{10}$—$^5/_{7,5}$. L. $^5/_{35}$. |
| 31. K. H., Winzerstochter. | 26 | 5 Wochen | Bds. Cyclitis (1,9 mg 37,4). | 12. VI. R. Ciliarinjection. Unten breite hint. Synechie, feine Präcip. auf der hint. Linsenkapsel. Zahlr. flott. Glaskörperblutungen, verschleiertes Fundusbild. Papille gerötet, verwaschen. L. Blass. Zahlr. flott. Glaskörpertrübungn., weniger wie r. Fundus stark verschleiert, doch weniger wie r. Papille gerötet, verwaschen. | R. Finger 5 m. L. Finger 5 m (ohne Atrop. $^5/_{35}$). |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 18. IV.—5. V. 6 (0,006), 29. IV. 0,004 mg, 1. V. Herdreact., starke Ciliarinject. Kein Fieber. 5. V. 0,006 mg, 6. V. wieder Herdreact., 37,2. | 13. V. L. Noch immer Inject. Exsudatmassen am Boden der vorderen Kammer unverändert. | R. $^5/_5$—$^5/_4$. L. Finger $^1/_2$ m. | | Keine Besserung. |
| 27. IV.—14. V. 9 (0,01) reactionslos. | 16. V. R. Ophth. Papille kaum noch verschleiert. Herd in der Maculagegend viel kleiner, weiss. Leichte Netzhauttrübung. | R. $^5/_5$. L. $^5/_5$. | Solut. Natr. jod. 14 Kochsalzinject. | Wesentliche Besserung. |
| 25. IV.—12. V. 11 (0,01) mehrmals geringe Reaction. | 16. V. L. Blass, Beschläge mit Lupe erkennbar, n. unten breite Synechie. Ophth. völlig klares Bild. Papille normal. 28. V. Recidiv. L. Wieder zahlr. Präcip. Verschleiertes Bild d. Augenhintergrundes. Bald wieder Besserung auf 3 mal tägl. 1,0 g Aspirin. 15. I. 13. R. Frische Iritis. | L. $^5/_5$. L. Finger 5 m. | 1910 Heilung einer linksseitig. Iritis serosa mit viel Präcip. durch Jodkali. | Wesentliche Besserung. Bald Recidiv. |
| 20. V.—27. VI. 15 (0,015), mehrfach kleine Temp.-Steiger. und Stichreaction. | 29. VI. Bds. reizlos, keine Präcip. mehr. Glaskörpertrübung viel weniger geworden. Papille leicht gerötet. Venen erweitert. | R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$. L. $^5/_{10}$. | Schon früher Behandlung m. Alttuberkulin. | Wesentliche Besserung. |
| 21. VI.—27. VII. 14 (0,019), mehrmals geringe Temp.-Steigerung und Stichreact. | 31. VII. Bds. vorderer Augenabschnitt normal. Flott. Glaskörpertrübgn. i. gleicher Stärke. Ophth. verschleiert. 5. IX. Status idem. | R. $^5/_{50}$. L. $^5/_{35}$ | 6 Kochsalzinject. 1 mal Schwitzbad. | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 32. C. Gr., Dienstmädchen. | 94 | $3^1/_2$ Woch. | R. Iritis (0,5 mg und 1,0 mg starke Stichreaction, etwas matt, keine Temperatursteigerung). Sichere Affectio apicis sinistri). | 14. VI. R. Mittelstarke Ciliarinjection. Zahlr. teils grosse, teils kleine Präcip. Ophth. verschleiert. Papille etwas rot, Grenzen nicht ganz scharf. | R. $^5/_{10}$. |
| 33. A. H., Haushälterin. | 41 | $6^1/_2$ Woch. | Beiders. Iridocyclitis. 2 Schwestern der Mutter an Phthise gest. (1,5 mg Allgemeinreaction und Herdreaction) (s. ausführliche Krankengeschichte). | 8. VII. R. Ganze Hornhauthinterfläche m. grossen dichten Präcip. besetzt. Iris undeutlich sichtbar, verwaschen. Breite Synechie. Ganz trübes rotes Licht. L. Ebenfalls zahlr. Präcip., jedoch weniger wie r. Ophth. verschwommenes Bild des Augenhintergrundes. Papille stark verwaschen, zahlreiche Opac. | R. Finger 2 m. L. $^5/_{25}$. |
| 34. A. E., Näherin. | 27 | 2 Wochen | R. Cyclitis (0,1 mg 37,5, Stichreaction). | 18. VII. Bds. blass. R. Auf Descemet 3 grössere Präcip. neben zahlr. klein. Ophth. Papille etwas gerötet, Gefässe etwas ausgedehnt. Grenzen etwas unscharf. | R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$. |
| 35. M.Sch., Arbeitersfrau. | 43 | 3 Wochen | L. Iritis serosa. Ein Bruder an Tb. gestorben. Schwester lungenleidend. Ein Kind Keratitis, Husten (0,5 mg 37,4, Stichreaction). | 26. VII. Bds. blass, reizfrei. L. Zahlreiche Beschläge. Iris grünlich verfärbt, ein kleines graurotes Knötchen. | L. $^5/_5$. |
| 36. S. G., Zigarrenmacherin. | 23 | 5 Wochen | L. Iridocyclitis. | 14. VIII. L. Zahlr. Präcip. Zahlr. hint. Synechien, nur schwer rotes Licht. Stark verschleiert. Kein Bild des Augenhintergrunds. | L. Finger 3 m. |
| 37. H. H., Feldarbeiterin. | 39 | 2 Wochen | R. Ausgänge v. Iridochorioiditis. L. Frische Iritis serosa. Seit 13 J. r. Iritis, nach 5 Jahren Erblindung. Starke tuberkul. Belastung (1,5 mg 39,1, Stichreaction). Verdacht auf rechtsseitg. Spitzenaffection. | 17. IX. R. Iris stark atrophisch. Ringförmige Synechie. Feine Pupillarmembran. Ophth. alte chorioiditische Herde, einige Opac. L. Leichteste Ciliarinjection. Zahlreiche feinste Präcipit. Pupille prompt reagierend. Ophth. klares Bild. Gefässe etwas ausgedehnt. | R. Handbewegungen dicht vor dem Auge. L. $^5/_4$. |

| Einspritzungen. | Befund bei der Entlassung. | Visus bei der Entlassung. | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 21. VI.—14. VII. 11 (0,02), leichte Stichreaction nach 0,008 mg, sonst keine Reaction. Körpergew. 19. VI. 108 Pfd., 14. VII. 113 Pfd. | 16. VII. Bds. vollkommen blass, r. einzelne feine Präcip. sichtbar, sonst erheblich zurückgegangen. Ophth. viel klarer. | R. $^5/_5$. | Vor Aufnahme m. Atropin, heissen Umschlägen, Schwitzen, Aspirin behandelt. Keine Besserung. | Wesentliche Besserung. |
| 10. VII.—25. VIII. 21 (0,03), mehrmals kleine Temp.-Steigerung, einmal Allgem. u. Stichreact., sonst gut ertragen. Körpergewicht 9. VII. 113,3 Pfd., 20. VIII. 118 Pfd. | 27. VIII. Bds. noch leichte Ciliarinjection. Bds. noch viele flott. Fäden i. Glaskörper. Papillen bds. verwaschen sichtbar. Präcip. zurückgegangen. | R. $^5/_{15}$ p.<br>L. $^5/_{15}$ p. | Früher Behandlung m. Bazillenemulsion. Besserung. Alttuberkulin ohne jeden Erfolg. Erfolgloser Versuch m. Hg. und Jod. | Wesentliche Besserung. |
| 24. VII.—7. VIII. 8 (0,012), keine React. | 8. VIII. Augenbefund unverändert. Entlassung auf Wunsch. | R. $^5/_{7,5}$—$^5/_5$. | | Keine Besserung. |
| 31. VII.—18. VIII. 10 (0,01), keine React. Körpergew. 29. VII. 120 Pfd., 11. VIII. 124 Pfd. | 18. VIII. L. Blass, Präcip. zurückgegangen, noch staubförmige vorhanden. | L. $^5/_5$—$^5/_4$. | Auf ambulante Behandlung hier keine genügende Besserung. | Wesentliche Besserung. |
| 15. VIII.—20. IX. 15 (0,07), mehrmals geringe Temperatursteigerung. Körpergewicht 16. VIII. 136 Pfd., 22. IX. 139 Pfd. | 22. IX. L. Noch zahlreiche Präcip. von Dreiecksform. Im Pupillargebiet feine Membran. Kein Bild des Augenhintergrundes. | L. Finger 4—5 m. | Früher erfolgreiche Tuberkulinkur. 17. X. bis 13. XI. mit Atropin, heissen Umschlägen, Aspirin ohne bes. Erfolg behandelt. Nur Abblassung. | Keine Besserung. |
| 28. IX.—13. X. 8 (0,014), keine Reaction. | 16. X. L. Immer noch feinste Präcip. Medien klar, sonst unverändert. | R. Finger $^1/_2$ m.<br>L. $^5/_4$. | | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 38. E. K., Wirtsfrau. | 26 | 4 Wochen | R. Iritis serosa. Opacitates corp. vitr. (1,0 mg 37,3, Stichreaction). Ein Onkel an Tb. gestorben. | 20. IX. R. Auf Descemet zahlreiche feinste Präcipit. Pigmentpunkte auf d. vord. Linsenkapsel. Zahlr. flott. Opac. Ophth. verschleiert. | R. $^5/_{15}$—$^5/_{10}$. |
| 39. J. Sch., Landwirtstochter. | 14 | 6 Wochen | Beiders. Iritis. Eine Schwester lungenkrank. | 23. IX. Bds. leichte Ciliarinjection. Zahlreiche grosse klecksige Präcip. Kammerwasser trüb. Iriszeichnung verwaschen. Pupille träg reagierend. Graue Knötchen. | R. $^5/_{15}$ p.<br>L. $^5/_{10}$ p. |
| 40. M. J., Waldhütersfrau. | 51 | 2 Wochen | R. Abgelaufene Iritis. L. Iritis chronica, frische Iritis. Mutter lungenkrank, ebenso der Mann. 6 Kinder gest. (2 Frühgeburten, drei $^1/_4$jährig., eines 5 Jahre alt gest.) (1,5 mg 38). | 30. X. R. Zahlr. hint. Synechien. Isolierte Linsentrübung. Ophth. etwas verschleiert.<br>L. Zahlr. frische Präcipit. Linsenveränderungen wie r. Ophth. ebenfalls verschleiert, flott. Glaskörpertrübung. | R. $^5/_{15}$ p.<br>L. $^5/_{15}$. |
| 41. S. K., Bäckersfrau. | 32 | 2 Wochen | Beiders. Chorioiditis disseminata. 6 Kinder früh gest. (1,0 mg 39,9). | 30. X. Flimmern. Bds. Augen äusserl. blass, reizfrei. Ophth. ausgeprägte Chorioid. disseminata. Viel Pigmentherde. Teilweise einzelne frische Herde, Papillen bds. hyperämisch. | R. $^5/_{7,5}$ p.<br>L. $^5/_{50}$. |
| 42. A. E., Zimmermädchen. | 26 | 4 Wochen | Beiders. Iritis serosa. Mutter u. eine Schwester an Phthise gestorben (1,0 mg 37,4). | 2. XII. Bds. leichte Ciliarinjection, l. mehr wie r. R. Einige feinste Präcipit. Ophth. leicht verschleiert. L. Zahlreiche feinste Präcip. Iriszeichnung leicht verwaschen, einige Knötchen. Ophth. leicht verschleiert. | R. $^5/_4$.<br>L. $^5/_{7,5}$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 26. IX.—21. X. 11 (0,018), geringe Temp.-Steigerungen. Körpergew. 24. IX. 137 Pfd., 18. X. 142 Pfd. | 22. X. R. Blass. Noch einzelne feine Präcipit. Glaskörpertrübungen erheblich abgenommen. | R. 5/4. | 7 Kochsalzinject. | Wesentliche Besserung. |
| 24. IX.—6. XI. 15 (0,035), mehrmals geringe Temperatursteigerung und Störungen d. Allgemeinbefindens. Körpergewicht 25.IX.81 Pfd. 8. XI. 88 Pfd. | 6. XI. Bds. zahlreiche Präcip. Unten vom Limbus her Vascularisation.<br>R. Unverändert.<br>L. Knötchen auf Iris stärk. prominent. Ophth. bds. verschleiertes Bild. | R. 5/15 p.<br>L. 5/15 p. | | Keine Besserung. |
| 12. XI.—27. XI. 7 (0,015) auf 0,015 (27. XI.), leichte Temperatursteigerung, wieder mehr injiciert. Kammerwasser trüb. Kur ausgesetzt. | 27. XI. Nach 7 Inject. keine Besserung, vielmehr wieder stärkere Inject. (s. daneben) Ung. cin. auch nicht gut ertragen. Locale Behandlung.<br>24. XII. R. Unverändert.<br>L. Blass, zahlr. Präcip. Knötchen am Pupillarrand. Ophth. wie früher. | 9. XII. L. Finger 1 m.<br>R. 5/15.<br>L. 5/50. | Ung. cin. Localbehandlung ohne Erfolg. | Verschlechterung. |
| 14. XI.—26. XI. 7 (0,012), keine React. | 27. XI. Bds. noch Flimmern. R. mehr wie L. Ophth. unverändert. Bds. alte chorioidit. Herde neben frischen. | R. 5/7,5 p.<br>L. 5/50. | R. 9. L. 8 Kochsalzinjectionen. | Keine Besserung. |
| 15. XII.—10. I. 12 (0,017). | 13. I. R. Noch einzelne feine Präcip. Spur Ciliarinject. Ophth. vollkommen klares Bild.<br>L. Noch zahlreiche feine Präcip. Knötchen noch vorhanden. Vollkommen blass. Ophth. leicht verschleiert. | R. 5/5.<br>L. 5/5. | | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 43. M. L., Zahntechnikersfrau. | 44 | 6 Wochen | Bds. Iritis. Seit 7 J. recidivierende Iritis. Viel rheumatische Beschwerden (2,0 mg starke Allgemeinreaction, 39,2, Stichreaction, leichte Injection am Limbus (Herdreact.?) | 7. III. R. Leichte Injection. Ausgedehnte Synechien, Glaskörper trüb. Papille rot. L. Pupille fast allseitig verwachsen. Beginnende Irisvorbuckelung. Ophth. Medien trüb, Papille gerötet. Bds. Tension normal. | R. $^5/_{20}$—$^5/_{15}$. L. $^5/_{15}$—$^5/_{10}$ |
| | | $17^1/_2$ Wochen | | 1. VII. Wiederaufnahme. Bds. völlig blass. Ophth. verschleiertes Bild. Papillen etwas gerötet, Glaskörper trüb. L. Einz. feine Präcip. entsprechend der Mitte d. Hornhaut. | R. $^5/_{15}$ p. L. $^5/_{10}$ p. |
| 44. F. M., Schwester. | 33 | 4 Wochen | R. Iritis (3,0 mg Allgemeinreact., 1,0 mg stärkere Injection d. r. Auges, Schmerzen). | 20. III. R. Mässige ciliare Inject. Iris verfärbt. Zahlreiche Präcip., bes. unt. im Kammerwinkel. Ophth. trüb, stark verschleiert. | R. $^5/_{20}$—$^5/_{15}$. |
| 45. M. B., Ingenieursfrau. | 50 | 4 Wochen | Bds. Iritis adhaesiva. Mann lungenleidend (0,5 mg Allgemeinreaction, Stichreact.). | 15. IV. Bds. Spur Ciliarinject. R. Breite hint. Synechien. L. Ebenfalls breite hintere Synechien. Massenhaft feinste Präcip. Bds. zahlreiche flott. Glaskörpertrübungen. Ophth. verwaschenes Fundusbild. Papillen undeutlich sichtbar. | R. $^5/_{7,5}$. L. $^5/_{7,5}$. |
| | | 3 Wochen | | 3. I. Wiederaufnahme. Bds. leichte Ciliarinjection, alte Synechien. Reichlich feine und grobe Glaskörpertrübungen. Ophth. mässige Hyperämie. | R. $^5/_5$. L. $^5/_5$. |
| 46. M. H., Fuhrunternehmerstochter. | 22 | 2 Wochen | L. Iridocyclit. R. Abgelaufene Iritis. Seit $1^1/_2$ J. Augenentzdg. R. Affectio apicis? (1,0 mg 37,5, Stichreaction). | 9. VIII. R. Alte dichte Maculae. Reste hint. Synechien, zarte Glaskörpertrübungen. Ophth. leicht verschleiert. L. Blass, einige Beschläge, mehrere hintere Synechien. Etwas mehr Glaskörpertrübungen als r. Ophth. leicht verschleiert. | R. $^5/_{35}$. L. $^5/_{15}$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 21. III.—2. V. 15 (0,012), mehrmals Stichreaction. Sonst keine starke React. Körpergew. 29. III. 156 Pfd., 4. V. 155 Pfd. | 4. V. Mit Zeisslupe bds. n. feinste Präcip. Spärliche Glaskörpertrübgn. Papillen leicht gerötet, leicht verschleiertes Bild. | R. 5/7,5—5/5.<br>L. 5/7,5—5/5. | | Wesentliche Besserung. |
| 1. VII.—31. X. (vom 15. VII. ab ambulant m. Pausen) 22 (0,045) stets starke Stichreaction, keine Herd- und Allgemeinreact. Körpergew. 14. VII. 155 Pfd., 31. X. 163 Pfd. | 31. X. Bds. Ophth. Papillen verschleiert, keine nennenswerten Glaskörpertrübungen. | R. 5/7,5.<br>L. 5/5. | | Wesentliche Besserung. |
| 20. III.—18. IV. 15 (0,016), mehrmals starke Inject. (Herdreact.?) Keine Temperatursteigerungen. | 25. IV. R. Völlig blass. Auf Descemet unten noch einige grauweisse Präcip. Hornhaut unten leicht diffus getrübt. Nur noch leichte Medientrübung. Papille normal. | R. 5/10. | Solbäder, Lebertran. Bereits früher mit Tuberkulin behandelt. | Wesentliche Besserung. |
| 21. IV.—18. V. 14 (0,025). | 18. V. R. Object. Befund weit besser. Reste v. Synechien. Papille leicht gerötet, verschleiert.<br>L. Keine deutlichen Beschläge mehr, Glaskörper klarer, Papille rötlich. | R. 5/5.<br>L. 5/5. | | Wesentliche Besserung. |
| 3. I.—26. I. 12 (0,02), keine Reaction. | Bulbi vollst. blass. Ophth. leicht verschleiert, noch zahlr. flott. Glaskörpertrübungen. | R. 5/5.<br>L. 5/5. | 6 Kochsalzeinspritzungen $2^1/_2$ %ig. | Geringe Besserung. |
| 14. VIII.—26. VIII. 7 (0,007), keine Reaction. | 27. VIII. R. Noch einige Synechien.<br>L. Pupille nahezu maximal weit. Glaskörper klarer. | R. 5/20.<br>L. 5/10—5/7,5. | Schon früher Tuberkulinbehandlung. | Deutliche Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 47. L. D., Schneiderin. | 55 | 2 Wochen | R. Iridocyclit. serosa (0,5 mg 37,8). | 30. IX. R. Feine Punkte auf d. Linsenkapsel. Feinste Präcip. auf der hint. Hornhautfläche. Ophth. leicht verschleierte Papille, Gefässe etwas ausgedehnt. | R. 5/10. |

**Kera-**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. H. L., Taglöhnerssohn. | 15 | 1½ Woch. | Beiders. Keratoiritis parenchymatosa April 1911 Wassermann + 19.IV. (0,25 mg 37,8). Jetzt Wassermann — (Lues u. Tuberkulose als Aetiologie?) | 7. VIII. Bds. leichte Ciliarinjection. R. Central und nasal dichte ältere Trübung. Temporal Hornhaut klar. Kleine hintere Synechien, Stränge auf d. vord. Linsenkapsel. Ophth. Papille etwas verschwommen.<br>L. Cornea unt. auss. stärkere vascularisierte Trübung. Dicke alte Präcip. Ophth. Papille deutlich. | R. 5/20 p.<br>L. 5/25. |
| 2. J. St., Zigarrenmacher. | 20 | 5 Wochen | Bds. Keratitis profunda. Als Kind schon öfters Augenentzdg. (0,5 mg 38,3). | 15. XI. R. Leichte Ciliarinjection, nach aussen vom Limbus ausgesproch. bläuliche skleritische Injection. Aussen und aussen oben schmaler Saum von Hornhauttrübung. Mehrere graue Descemetsche Beschläge. Pupille unregelm., mittelweit.<br>L. Aussen vom Limbus circumscripte skleritische Injection, mit leichter Buckelbildung. Central tiefe parenchymat. Trübungen. | R. 5/5.<br>L. 5/4 p. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 17. X.—19. XI. 7 (0,014), keine Reaction. | 19. X. R. Ophth. Bild der Papille klarer, aber immer noch verschleiert. | R. 5/10. | Aspirin. | Geringe Besserung. |

## titis.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Erst vom 28. IX. ab Tuberkulinkur. 28. IX.—7. X. 4 (0,005). | 7. X. R. Blass, viele grosse Maculae cornae. L. Stark injiciert. Grober oberfl. Pannus. Auf der ganzen Hornhaut dicke alte Präcip. (Entlassen wegen äusserer Umstände.) 18. XI. L. Immer noch starke Injection. | R. 5/20 p. L. Finger 2 m! R. 5/50. L. Finger $1^1/_2$ m. | 7. VIII. bis Ende IX. Hg und Jod ohne Erfolg. | Verschlechterung. |
| 22. XI.—26. I. 23 (0,2). Zuletzt n. 0,2 mg Temperatursteigerung 39,1, sonst keine Reaction. | Seit 14. XII. Zunahme der Hornhauttrübung 23. XII. Hornhauttrübg. unverändert. 23. XII.—3. I. Entlassen. 3. I. R. Auge noch Conjunct. u. Ciliar injiciert. Keine circumscripte skleritische Inject. mehr vorhanden, dagegen äussere Hornhauthälfte von dichter parenchymatöser Trübung fast ganz eingenommen. Zahlr. tiefe Gefässe. L. Blasser, central einige ältere tiefliegende parenchymatöse Trübungen, zieml. scharf abgesetzt. 2. II. Augen fast blass. R. noch dichte centrale und periphere Trübung im Parenchym. L. Wie früher fleckförmige alte Trübung. | Bds. 5/5. R. 5/10—5/7,5. L. 5/10—5/7,5. R. 5/50! L. 5/10—5/7,5. R. 5/25. L. 5/15. | 1909. R. oberflächliches Keratitis auf Sublimatsalbe, gelbe Salbe rasch zurückgegangen. | Verschlechterung. Dann wieder Besserung, aber bei der Entlassung schlechter als bei der Aufnahme. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. A. B., Kellnerin. | 28 | 3 Wochen | R. Abgelaufene Keratitis parenchymatosa. L. Alte Keratitis parenchymatosa, frische Iridokeratitis u. Episkleritis. Schon früher wegen Keratitis und Skleritis in Behandlg. 1909 Angina specifica u. Roseolen (0,5 mg 37,5), Wassermann —. | 20. I. L. Auge injiciert. Alte meist tiefe Hornhauttrübung, mit tiefen Gefässen Zahlr. feine Präcip. | L. $^5/_{20}$. |
| 4. M. Z., Fabrikarbeiterin. | 39 | 1 Woche | L. Keratoiritis. R. Maculae corneal. Im Alter von 3 J. lange Zeit Augenentzündung (1,0 mg stärk. Ciliarinjection (Herdreac.), keine deutl. Allgemeinreaction). | 16. II. R. Blass, alte Maculae. L. Mittelstarke Ciliarinject. Hornhaut matt, ganz von dichten, flockigen oberfl. u. tiefen Trübungen eingenommen. Die tieferen grösstenteils frisch. Zahlr. hintere Synechien. Ophth. sehr wenig rotes Licht. | R. $^5/_{35}$ p. L. Finger $1^1/_2$ m. |
| 5. A. R., Schreinersfrau. | 26 | 2 Wochen | Bds. Keratitis parenchymatosa. Als Kind von 9 J. Hornhautentzündung, 2 Fehlgeburten, 1 Bruder im Alter v. 11 J. wegen Hornhautentzündung behandelt. Wassermann — Affectio pulmon. utr. progrediens, Nervenschwerhörigkeit (0,5 mg 37,9, Stichreaction). | 7. VIII. Bds. Ciliarinject. L. Bedeutend stärker als r. Hornhautoberfläche glatt u. spiegelnd. Beiders. diffuse Trübung mit Gefässbildung. R. Papille verwaschen sichtbar, leicht gerötet. L. Kein Bild des Augenhintergrundes, nur rotes Licht. | R. $^5/_{20}$. L. $^5/_{35}$ p. |
| 6. F. B., Zimmermädchen. | — | 7 Wochen | L. Keratitis parenchymatosa. Seit 1911 Entzündg. d. l. Auges. Vorübergehend besser. Wassermann — (0,1 mg, 37,9, Stichreaction). | 17. IX. L. Lidspalte enger, mässige Ciliarinject. Hornhaut diff. trüb, feine Stichelung. Keine tiefen Gefässe. Ophth. verschleiert. | L. $^5/_{35}$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 21. I.—11. II. 11 (0,012), keine Reaction. | 10. II. Hornhaut viel klarer. Trübungen aufgehellt. Nur noch leichte ciliare Inject., ausgehend v. stecknadelkopfgrossen Knötchen d. Conjunctiva. | L. 5/7,5 | 18. XI.—29. XII. 4 Salvarsaninject. 120 g Ung. cin. Natr. jod. Besserung. 2. I.—21. I. Atropin, warme Umschläge ohne Resultat. 10. II.—6. III. 6 Schwitzbäder, Aspirin: Besserung. | Wesentliche Besserung. |
| 16. II.—22. II. 4 (0,004), auf 0,002 mg Allgemeinreact. Temperatursteigerung 38. | 24. II. L. Noch mässige Inject., noch deutl. Hornhauttrübung, aber weniger wie früher. Pupille mässig erweitert, viel hintere Synechien. Auf Wunsch entlassen. | R. 5/35. L. Finger 2½—3 m. | | Geringe Besserung. |
| 23. VIII.—8. IX. 9 (0,006). Dauernd erhöhte Temp. (schon vorher nicht normal). 21. VIII. 122 Pfd. 10. IX. 126 Pfd. | 10. IX. Bds. blass, in der Mitte scharf begrenzte dichte Trübung. Peripherie heller. Zahlreiche tiefe Gefässe. (Schon nach 2 Inject. bds. blasser.) | R. 5/15. L. 5/35. | Vor 1 Jahr Keratitis. Nach Atropin, heissen Umschlägen, Dionin ger. Besserung. Dionin. | Geringe Besserung. |
| 26. IX.—12. XI. 19 (0,05). Auf 0,045 mg leichte ciliare Inject. (Herdreact.), geringe Allgemeinreact. Körpergewicht 23. IX. 103 Pfd., 11. XI. 110 Pfd. | 25. X. L. Fast vollkommen blass. Hornhaut nur bei Lupenbetrachtung fein getüpfelt, feine graue punktförm. tiefe Trübung (nach 3 Inject. Auge blass, Hornhaut fast vollkommen klar). 6. XI. Wieder Inject. 12. XI. Hat 6 Tage lang je 5 g Ung. cin. gerieben neben Tuberkulin. L. Vollständig blass. Medien völlig klar. 11. XII. Cornea völlig klar. | L. 5/7,5—5/5. L. 5/7,5—5/5. L. 5/5. | Seit Frühj. 1911 locale Behandlg. Im Herbst spontane Besserung. Zum Schluss Hg-Kur. | Wesentl. Besserung, zuletzt durch Hg-Kur unterstützt. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. L. Z., Maurerstochter. | 23 | 3 Wochen | L. Keratitis profunda (disciformis) (1,5 mg 38,6). | 19. XI. L. Spur Injection. In der Hornhautmitte runde scheibenförm. Trübg. v. 3 mm Durchmesser, in den tieferen Hornhautschichten ausserdem feine punktförm. Trübungen im nasalen Teil der Hornhaut. | L. $^5/_{15}$ p. |

**Skle-**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. P. W., Schüler. | 15 | 3 Wochen | Beiders. Episkleritis (0,5 mg 37,8, Stichreaction). | 30. VIII. Bds. starke Inject. der Conjunctiva bulbi, dicht am Limbus leichte ringförm. Verdickung. R. Nasal unten subconjunctivaler Buckel ohne Verfärbung. | Bds. $^5/_5$. |
| 2. A. W., Schneiderstochter. | 41 | 12 Woch. | Skleritis zugl. Keratitis und Iritis. Seit 15 J. häufig l. Entzündung. Bruder an Phthise gest., Onkel an Blutsturz (1,0 mg 39). | 4. I. 12. R. Conjunct. bulbi, besond. aussen hochrot geschwollen, sulzig verdickt, 1 stecknadelkopfgr. sulziger Knoten, ausserdem 2 kleinere. Hornhaut diffus trüb, tiefe Gefässe. Kleine Präcipitat. Kammerwasser trüb. Iriszeichng. verwaschen. Ophth. verschleiert. | R. $^5/_{20}$—$^5/_{10}$ ohne Glas. |
| | | | | L. Sklera bläul., porzellanartig. Hornhaut diffus wolkig getrübt (alte Trübung). Iris atrophisch, fast ringförmige hintere Synechie. Ophth. Spur rotes Licht. | L. Finger 2 m ohne Glas. |
| 3. A. M., Damenschneiderin. | — | 10 Woch. | R. Skleritis. Im 16 J. Augenentzündung (0,5 mg 38,2, starke Stich- u. Allgemeinreaction). | 11. V. R. Ausgesprochene Skleritis. Aussen, aussen oben u. unten buckelförm. Verdickung. Aussen parenchymatöse Randtrübg. der Hornhaut mit tiefer Vascularisation. Pupille etwas eng. Iris etwas verfärbt. | R. $^5/_5$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 8. XII.—28. XII. 11 (0,025), keine Reaction. | 31. XII. L. Dauernd blass. Trübungsscheibe in der Mitte aufgehellt, jedoch in der Hornhaut nahe dem Limbus kleine hellgraue Trübungen aufgetreten. | L. 5/15. | | Geringe Besserung. |

## ritis.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15. IX.—5. X. 11 (0,011), keine Reaction. | 6. X. Sofort nach Einleitung der Tuberkulinkur auffall. Besserung. R. Vollständig blass, nur beim Blick nach oben ganz unten auf der Conjunctiva bulbi leicht bläulicher Farbenton. L. Auf Conjunctiva bulbi einzelne violette Gefässe. Nirgends Gewebsverdickung. | Bds. 5/5. | Vorher keine Besserung auf gelbe Salbe, Umschläge, Aspirin.<br>3 Schwitzbäder. | Wesentliche Besserung. |
| 6. I.—31. III. 28 (0,08), Oefters Stichreaction. 1 mal Herdreaction. Körpergew. 5. I. 130 Pfd., 29. III. 140 Pfd. | 3. IV. R. Noch leichte ciliare Inject. Nach oben und unten vom Limbus bläuliche Verfärbung der Sklera. Keine episkleralen Knötchen mehr. Hornhaut diffus, hauchig getrübt. Präcipit. noch vorhanden.<br>12. VI. R. Blass, mehrere feine Präcipit., daneben 1 grosses. Hornhaut klar. Pupille übermittelweit. Ophth. klares Bild. | R. 5/15 (+ 2 D 5/7,5—5/5).<br>L. + 3 D 5/35.<br>R. + 2 D 5/7,5. | 1909 bei linksseitig. Sklerokeratitis Besserung auf Sublimatsalbe, Atropin. | Deutliche Besserung. |
| 20. V.—28. VII. (vom 13. VI. ab ambulant) 23 (0,04), 2mal leichte Temper.-Steigerung, sonst gut vertragen. Körpergewicht 19. V. 151 Pfd., 28. VII. 159 Pfd. | 29. VII. R. Aussen nur noch Spur Rötung. Subjectives Wohlbefinden. Nachkur in ein. Seebad. 13. IX. Nach der Rückkehr. R. Völlig blass, keine Spur von Gewebsverdickung. | R. 5/5. | Bish. Umschläge, Tropfen, Aspirin, ohne wesentlich. Erfolg.<br>Nachkur 6 Woch. im Seebad. | Wesentliche Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. B. U., Schmiedstochter. | 20 | 4 Wochen | R. Episkleritis. Vor 14 Jahren Hornhautgeschwür. 2 Cousinen an Tb. gest. Seit 3 Jahren Entzündung am r. Ellenbogen, operativbehandelt. Ankylose. | 13. IX. R. Lidspalte enger als l. Ausgesprochene violette Injection in der Umgebung des Limbus. Episklera verdickt, schickt namentlich oben, temporal u. unten zungenförm. Trübgn. in die Cornea hinein. Auf Descemet oben in der Mitte grosses grauweisses Präcip. Pupille entrundet. Ophth. Papille gerötet, leicht verschleiert. | R. $^5/_{25}$. |
| | | $1^1/_2$ Woch. | | 10. XII. Neue Kur. | |

## Glaskörper-

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. G. U., Zimmermann. | 25 | 3 Wochen | R. Juvenile Netzhaut- und Glaskörperblutungen. Beiders. alte chorioiditische Herde. L. Lungenspitze suspect. (2,0 mg 39, Stichreaction). | 3. VIII. R. Im Glaskörper grosse fädige Hämorrhagien. Fundus verschleiert. Papille sichtbar. Ausserdem retinale Hämorrhagien. Recidiv. 4. X. Seit 3 Tagen r. wieder Sehverschlechterung. Im unteren Teil d. Glaskörpers viele flott. Glaskörp. Hämorrhagien, ausserdem flächenhafte Netzhautblutungen. | R. $^5/_{15}$. R. $^5/_{10}$ p. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 15. IX.—10. X. 13 (0,03), 1 mal Stichreaction, 1 mal fragl. Herdreact. Körpergewicht 23. IX. 116 Pfd., 1. X. 119 Pfd. | 8. X. R. Noch leicht injiciert. Hornhautprocess rückgängig. | R. 5/7,5. | | Besserung, aber sofort wieder Recidiv. |
| | 13. X. Wieder Injection. 16. X. Injection noch stärker. Nach innen u. aussen feines Hornhautinfiltrat. | R. 5/10. | | |
| | 6. XI. R. Wieder stärkere Inject. 30. XI. Hat 26 mal je 5 g Ung. cin. gerieben. R. Immer noch ciliare Inject. | | | |
| | 22. XII. R. Vom Limbus her erstrecken sich zungenförm. Trübungszonen in das Hornhautgewebe. Fast keine Präcipitate mehr. Pupille maximal weit, fast rund. Ophth. Papille verschleiert. | R. 5/15. | Hg-Kur. | Hg ohne bess. Erfolg. |
| 10. XII.—21. XII. 6 (0,015). | 13. II. 13. R. Dauernd blass gewesen. Befund unverändert. | R. 5/15. | | Keine Besserung. |

## blutungen.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17. VIII.—7. IX. 11 (0,05), keine React. | 7. IX. Aussen oben, sowie unten noch ganz wenige Hämorrhagien. | R. 5/4. | Vor 1 J. gleiche Erkrankung, die in 3—4 Wochen spontan zurückging. | Wesentliche Besserung. |
| 5. X.—6. XI. 14 (0,1), nach der letzten Einspritzung Stichreact. | 6. XI. Unten im Glaskörper noch ger. Reste von Hämorrhagien. | R. 5/4 p. | Bettruhe, Kochsalzeinspritzungen. | Wesentliche Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. K. N., Zigarrenmacher. | 35 | $1^1/_2$ Woch. | L. Juvenile recidivierende Glaskörperblutungen (1,0 mg 39,6). Sonst kein Befund. | 21. XII. 11. L. Sehr zahlreiche flott. Glaskörperblutungen. Beim Blick nach innen unten mehrere feine, fleckförmige, unregelmässige Netzhautblutungen. Papille verschwommen. | L. $^5/_{20}$. |
| | | 5 Wochen | | Recidiv. 8. VI. Seit 2 Tagen wieder Trübung. Ophth. l. vor d. Papille dichter Schleier adhärenter Glaskörperblutungen. Streifige Netzhautblutungen. Nach Heurteloup Glaskörp. klarer. | L. $^5/_{20}$. 11. VI. Heurteloup. 21. VI. $^5/_{10}$ p. |
| | | $1^1/_2$ Woch. | | Recidiv. Neue Glaskörperblutungen. | |
| 3. A. K., Landwirtstochter. | 25 | 2 Wochen | L. Glaskörperblutgn. (0,5 mg 37,9, deutl. Allgemeinreaction). | 17. X. L. Zahlr. flott. Glaskörperblutungen. Augenhintergrund verschleiert, keine Einzelheiten sichtbar. | L. $^5/_{50}$. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 23. XII.—3. I. 5 (0,005), keine Reaction. | 28. XII. (nach 3 Inject.) deutliche Besserung. | L. $^5/_{10}$—$^5/_{7,5}$ p. | Januar - Februar 1910 frappanter Erfolg einer Tuberkulinkur(Neutuberkulin T. R.) Dann April-Mai 1910 bei Recidiv Neutuberkulin v. viel zweifelhafterem Wert. Während d. Kur mehrmals Verschlechterung. Heurteloup anscheinend wirksam. Unterstützung d. jetzig. Kur durch Jod. | Anfängl. Besserung, dann wieder Verschlechterung. Nach Aussetzen d. Kur wieder Aufhellung des Glaskörpers. |
| | 4. I. Verschlechterung. Noch sehr zahlr. flott. Glaskörpertrübgn. sichtbar. Innen unten noch zahlr. fleckförmige Netzhautblutungen, vielleicht auch einzelne frische. | L. $^5/_{15}$ p. | | |
| | 17. I. Wieder besser, bei Augenbewegungen n. Glaskörperblutungen zu sehen. Innen unten feine Blutung, nach oben feine weisse Streifenbildung an Netzhautgefässen. | L. $^5/_4$ p. | | |
| 12. VI.—19. VII. 18 (0,04). | 22. VII. Glaskörper klarer. Vor der Papille noch gr. streif. flott. Hämorrhagien. Sonst Fundus deutlich sichtbar. | L. $^5/_{7,5}$ | 13 Kochsalzinject. (2%ig). Heurteloup. | Deutliche Besserung. |
| 14. VIII.—25. VIII. 6 (0,03), keine Reaction. | L. Noch viele Glaskörperblutungen vor der Papille. Diese nur undeutlich sichtbar. | | 10 Kochsalzeinspritzungen (2%). | Keine Besserung. |
| 25. X.—7. XI. 7 (0,012). Körpergewicht 18. X. 105 Pfd., 8. XI. 108 Pfd., keine Reaction. | 7. XI. Noch zahlreiche flott. Opac. Ophth. stark verschleiertes Bild. | L. $^5/_{50}$. | Seit 8 Wochen Tropfen u. Pulver (innerlich). Ohne Erfolg.<br><br>Karlsbader Salz. 7 Kochsalzinject. (2%). | Keine Besserung. |

| Name | Alter Jahre | Behandlungsdauer | Diagnose | Befund bei der Aufnahme | Visus bei der Aufnahme |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Opticus-** |
| 1. E. G., Bautechniker. | 39 | 6 Wochen | Beiders. Neuritis (1,0 mg 38,4, Stich- u. Allgemeinreact.). | 20. V. R. Breite hint. Synechien. Ophth. Bild verschleiert. Netzhaut trüb. Papille gerötet. Gefässe ausgedehnt, besonders Venen. L. Ophth. verschleiertes Bild, rote Papille weniger als r. | R. $^5/_{50}$. L. $^5/_{7,5}$ p. |
| 2. M. H., Wickelmacherin. | 21 | $4^1/_2$ Woch. | Bds. Atrophia nervi optici. Vor 3 Jahren Rippenfellentzündg. Hat von Kindheit an schlecht gesehen. Seit dem 8. Jahre (Röteln), Verschlimmerung (0,7 mg 39). | 9. III. Feinschlägiger Nystagmus. Pupillen normal. Bds. Papillen in toto blass, scharf begrenzt. Linke nasal noch etwas rot gefärbt. | R. Finger 4 m. L. Finger $4^1/_2$ m, Gesichtsfeld normal. |

| Einspritzungen | Befund bei der Entlassung | Visus bei der Entlassung | Sonstige Behandlung (ausgenommen Atropin und warme Umschläge) | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| **affectionen.** | | | | |
| 31. V.—14. VII. 22 (0,09), häufig Stichreaction. | 15. VII. R. Starke Injection. Auge bisher reizlos gewesen. Ophth. unverändert. | R. 5/25. L. 5/5 p. | | Keine Besserung. |
| | 1. VIII. 2 Touren gerieben (5 g tägl.). Ganz erheblich klareres Bild des Augenhintergrundes. | R. 5/10 p. L. 5/5—5/4. | Ung. cin. 5 g tägl. | Besserung auf Hg. |
| 28. III.—1. V. 18 (0,08), keine Reaction. | 17. IV. Ophth. unverändert. | Bds. Finger 5 m. | Strychnininject. | Keine Besserung. |

## Krankengeschichten.

O. E., 14jähriger Schuhmacherlehrling. (S. Tabelle Uveitis Fall 16).

10. V. Aufnahme. Seit 3 Wochen l. Augenentzündung. Vor 1 J. schon einmal l. Auge entzündet.

Status präsens: R. Auge injiciert. Feine diffuse Auflagerung auf die Hornhauthinterfläche. Pupille auf Atropin weit bis auf 2 schmale zackige hintere Synechien unten und unten aussen. Keine Glaskörpertrübungen. Ophth. o. B. Visus: R. ohne Glas S = $^5/_{15}$ p. Gl. b. n.

L. Hochgradige Ciliarinjection. Diffuse Auflagerung und feine Präcipitate auf der Descemet. Iris stark hyperämisch, unten im Kammerwinkel 3 graue zusammenhängende Knötchen, 1 langes ähnliches oben aussen. Entsprechend dem Circulus arteriosus maior aussen und aussen oben 2 Knötchen, im Centrum grau, peripher rot, kegelförmig. Aussen davon ein gleiches. Oben und innen Gegend des Circulus arteriosus minor verdickt ohne deutliche Knötchenbildung. Pupille auf Atropin nur wenig erweitert. Feines Pupillarexsudat. Ophth. nur wenig rotes Licht.

Visus: L. S = Finger in 3 m.

Rechte Lungenspitze tb. verdächtig.

Wassermann'sche Reaction negativ.

Diagnostische Tuberkulininjection bis 4 mg ohne Erfolg. Letzte Einspritzung (4 mg) am 4. VI. Deshalb Einleitung einer Hg-Kur.

30. VI. 20 Hg-Injectionen erhalten. L. Auge blass, Knötchen unverändert.

8. VII. Therapeutische Dosis von 0,001 mg Alttuberkulin (5 Wochen nach der letzten diagnostischen Injection).

10. VII. Wiederholung der gleichen Dosis. Darauf am 12. VII. sehr heftige Herdreaction am l. Auge: starke Ciliarinjection, viele Präcipitate und diffuse Trübung an der hinteren Hornhautfläche. Iris hochgradig hyperämisch. Die Knötchen im Kammerwinkel sind grösser geworden, auf den unteren speckig grauer Belag. Leistenförmige Verdickung der Irisperipherie unten und aussen.

23. VII. Auge blass, Knötchen rückgängig. Auf 0,001 mg kleine Fieberreaction (37,3).

5. VIII. 0,001 mg.

7. VIII. Wieder hochgradige Ciliarinjection links, schon am Tag zuvor leichte Injection. Knötchen anscheinend wieder grösser.

23. VIII. Beginn mit sehr kleinen Dosen (0,00025 mg). Jetzt Kur gut ertragen. Am Schluss auf 0,002 mg nochmals eine allmählich abklingende Herdreaction.

Das Merkwürdige an dem Fall ist die anfängliche Resistenz gegen hohe diagnostische Dosen, die bei der 5 Wochen später erfolgenden Injection von 0,001 mg in Erscheinung tretende hochgradige Überempfindlichkeit, die sich bei vorsichtigster Dosierung weiterhin nur schwer verliert. Ob anfänglich der Körper keine Antikörper gebildet hatte, die mit dem eingebrachten Antigen hätten reagieren können? Darauf locale allgemeine Antikörperproduktion, infolge davon bei der Reinjection eine Art anaphylaktischer Erscheinung. Deibei bemerkenswert: kein Erfolg der Therapie.

B. M., 42jährige Zigarrenarbeiterin. (S. Tabelle Uveitis Fall 25).

Mai 1900 hier behandelt wegen linksseitiger Iritis tuberculosa. L. Iridektomie. Vom 6. bis 14. VIII. 1900 wieder aufgenommen wegen linksseitiger Iritis. 1908: Visus links: Finger in $^1/_2$ m. Nur beim Blick nach unten etwas rotes Licht. Reichlich alte Präcipitate.

29. III. 1909. L. Exsudat in der vorderen Kammer. Finger in 15 cm.

6. V. 1909. Wiederaufnahme wegen linksseitiger Iritis. L. Auge ciliar injiciert. Cornealoberfläche in der oberen Hälfte spiegelnd, in der unteren matt. Auf der Hinterfläche mehrere klumpige Präcipitate. Unten dichtes organisiertes Exsudat, parenchymatöse Infiltration und Vascularisation der Cornea. Vordere Kammer seichter als r. Iriszeichnung ganz verwaschen. Pupillarmembran? Cataract. Nach unten wenig rotes Licht.

Visus: L. Finger in 20 cm.

Behandlung: 17 Injectionen von Neutuberkulin T. R.

15. VII. entlassen. Visus: L. S = Finger in 1 m.

24. V. 1911. Aufnahme wegen rechtsseitiger Iritis tuberculosa. L. Ausgänge von Iritis tuberculosa. Sehkraft hat l. seit der letzten Behandlung allmählich abgenommen. L. Auge soll seit 1 J. vollständig blind sein. Seit 8 Tage R. verschleiertes Sehen. R. geringe ciliare Injection. Auf der Hornhauthinterfläche einzelne Präcipitate. Iriszeichnung deutlich. Pupille über mittelweit, rund. Pigment auf der vorderen Linsenkapsel. Ophth. leicht verschleiert.

Visus: R. S = $^5/_{7,5}$—$^5/_5$.

Einleitung einer Tuberkulinkur.

25. V. bis 17. VII. Höchstdosis 0,025 mg.

Entlassungsbefund am 17. VII.: R. vollkommen blass. Ophth. Bild leicht verschleiert, immer noch zahlreiche teils kleine, teils grosse Präcipitate. 1912 s. Tabelle.

Der Fall ist insofern bemerkenswert, als es sich um eine sehr schwere Form von Iridocyclitis handelte, die auch allmählich zum Verlust des l. Auges führte. Eine sehr energisch in einzelnen Etappen durchgeführte Tuberkulinbehandlung hatte das erfreuliche Resultat, das andere Auge bei guter Sehschärfe zu erhalten. Man hat hier den bestimmten Eindruck, dass jedesmal mit Einleitung der Kur der Process sich langsam, aber sicher zurückbildet.

A. H., 43jährige Haushälterin. (S. Tabelle Uveitis Fall 33).

6. VII. 1912. Seit 10 bis 12 Jahren in grossen entzündungsfreien Pausen Entzündung der Iris und des Corpus ciliare. Zuerst Luesverdacht. Hg und Jod ohne Erfolg. April 1909 diagnostische Alttuberkulininjection. Auf 1,5 mg Allgemeinreaction. Temperatur 38,9. Herdreaction: Ciliarinjection und Zunahme der Präcipitate. Darauf Kur mit Bazilleninjection.

19. IV. bis 15. VII. 09. Höchstdosis 0,05.

Entlassungsbefund: 14. VII. 09. Beide Augen reizlos. Beschläge verschwunden. R. mehrere hintere Synechien der Iris, unten und nasal am Pupillarrand. Ziemlich reichliche feine und grobe flottierende Glaskörpertrübungen. L. Auge weniger opacitates corp. vitr.

Visus: R. S = $^5/_{15}$. L. S = $^5/_{12}$ bis $^5/_{10}$.

Dann hat die Krankheit geruht bis Winter 1911.

12. XII. 11. Bds. geringe Ciliarinjection, vereinzelte Beschläge. Reichlich flottierende Glaskörpertrübungen. R. ausserdem ältere hintere Synechien. R. S = $^5/_{20}$. L. S = $^5/_{15}$.

Neben Atropin, heissen Umschlägen, roborierender Diät und Eisenpräparaten Alttuberkulinkur. Maximaldosis 0,01 mg. Kleine Temperatursteigerungen bis 37,8. Behandlung bis Ende März. Dann Unterbrechung der Kur. Nicht der geringste Erfolg. Die Glaskörpertrübungen haben zugenommen. L. traten am 11. III. viele neue Beschläge auf. Nicht als Localreaction zu deuten. Im April Salicylpräparate, anfangs Mai Jodpräparate ohne Erfolg. Mitte Mai bis 17. Juni 11 Injectionen von Koch's Tuberkelbazillenemulsion (0,000001—0,000015). Trotzdem weitere Zunahme der Beschläge und Glaskörpertrübungen. R. ausserdem am 17. VI. ciliare Injection und Schmerzen und an den folgenden Tagen Auftreten zweier graugelblicher Knötchen in der Iris, temporal und nahe dem Kammerwinkel.

Am 17. VI. erschien ein drittes oben in der Irismitte. Visus: R. Handbewegung 1—2 m. L. S = Finger in 3—4 m. Weitere Krankengeschichte s. Tabelle (erfogreiche Alttuberkulinkur).

Bei unserem Fall sind demnach die verschiedensten Kuren mit wechselndem Erfolg versucht worden. Nach der erfolgreichen Kur mit Bazillenemulsion 1909 absolut negatives Resultat mit Alttuberkulin und Bazillenemulsion beim Recidiv 1911. Letzter Versuch mit Alttuberkulin: deutlicher Erfolg. Auch hier wieder die Aufforderung zu energischer Behandlung auch in anscheinend verzweifelten Fällen.

Noch eine Bemerkung zu den Fällen von Glaskörperblutungen, speziell zu Fall 2 (K. N.). Die Beurteilung stösst hier auf ganz besondere Schwierigkeiten. Auf der einen Seite kann eine Resorption des in den Glaskörper ergossenen Blutes klinisch zu rascher Besserung führen, während die krankhaften Processe an den Gefässen unbeeinflusst bleiben.[1]) Umgekehrt braucht eine specifische Einwirkung auf den der Krankheit zugrunde liegenden anatomischen Process sich zunächst keineswegs in klinischer Besserung zu äussern, wenn die Resorption langsam vonstatten geht. Auf diese bleibt Tuberkulin natürlich ohne Einfluss. Man hat hier den Nutzen des Tuberkulins mehr in der Verhütung neuer Blutungen zu suchen.

Wenn ein Schluss aus dem vorliegenden Material erlaubt ist, so wäre bei genügend fixierter Diagnose eine vorsichtige Tuberkulinkur, wie oben angedeutet, zu empfehlen:

In manchen Fällen hat man den Eindruck, dass ein durch andere Massnahmen nicht ge-

1) Über Gefässveränderungen bei juvenilen Glaskörperblutungen vgl. auch Axenfeld und Stock: Über die Bedeutung der Tuberkulose in der Ätiologie der intraokularen Hämorrhagien und der proliferierenden Veränderungen der Netzhaut, besonders über Periphlebitis retinalis bei Tuberkulösen. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde 49, Bd. I., S. 28.

bessertes Augenleiden durch eine Tuberkulinkur günstig beeinflusst wird, und solange keine bessere Therapie existiert, ist es vollständig berechtigt trotz des Fehlens von einwandfreien Beweisen für den Wert der specifischen Behandlung mit dieser unter allen Kautelen einen Versuch zu machen.

## Lebenslauf.

Max Reif, geboren den 6. Dezember 1888 zu Stuttgart (Württemberg). Mein Vater, Carl Reif, früher Fabrikant, jetzt Rentier. Meine Mutter, Bertha Reif, geb. Neuhäuser. Der Staatsangehörigkeit nach Württemberger, habe ich nach 3jährigem Besuch der Elementarschule (Vorschule) und 9jährigem Studium am Karlsgymnasium in Stuttgart im Juli 1907 das Reifezeugnis erhalten. Die ersten 5 Semester verbrachte ich in München mit dem Studium der vorklinischen Fächer und bestand hier auch die ärztliche Vorprüfung. Nach einem Semester in Kiel studierte ich die 2 folgenden Semester in Heidelberg, wandte mich 1 Semester nach Berlin, um dann mein letztes Semester wieder in Heidelberg zu verbringen. Im Herbst 1912 bestand ich hier das ärztliche Staatsexamen.